Nr. 37. 14. września 1930 Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. T. TEMPKA. Kraków.

„Obraz kropli krwi" z punktu widzenia teorii i praktyki.

Z Kliniki Chorób wewnętrznych U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. Tadeusz Tempka.

Dokończenie.

Wszystkie inne sprawy zakaźne w najogólniejszem tego słowa znaczeniu. Otóż i tutaj jest O. K. K. mniej lub więcej wybitnie dodatni w całym szeregu spraw chorobowych, tak o znanem, jak i nieznanem tle zakaźnem, przyczem, według mojego doświadczenia, najwcześniejszym i najwyraźniejszym przejawem zakażenia wogóle są zmiany na skrawku III., w postaci przybrzeżnego nagromadzenia się barwika. Ujemny lub tylko ledwo zaznaczony chorobowo O. K. K. może być spowodowany jużto przez bardzo wczesny okres sprawy chorobowej, jużto przez bardzo słabe jej nasilenie, tak że nie przyszło do zmian krwi. Okoliczność jednak, że O. K. K., może być dodatni właściwie w przebiegu każdej wogóle sprawy zakaźnej, przemawia jeszcze więcej przeciw jakiejkolwiek jego swoistości. Los ten dzieli on jednak i z innemi metodami hemotologicznemi, jak hemogram i metoda opadania krwinek czerwonych, jednakże nabiera tem samem większego znaczenia, jako ogólny, zupełnie nieswoisty przejaw chorobowy. Jeśli mówię, że O. K. K. posiada zupełnie nieswoisty charakter odczynu ustroju podobnie jak hemogram i objaw Biernackiego, to jednakże nie należy myśleć, jakoby te trzy sposoby badania wzajemnie się pokrywały; ustrój bowiem objęty sprawą zakaźną wytwarza równocześnie ciała, które drażnią, lub porażają układ leukoblastyczny, względnie erytroblastyczny, a nadto wpływają na skład osocza, w pierwszym rzędzie jego układ koloidalny; jednakże wytwarzanie tych ciał nie odbywa się równolegle w różnych sprawach zakaźnych, w tem znaczeniu, że raz występują na widownię więcej ciała, wpływające na przesunięcie w równowadze koloidów osocza i wpływają tem samem na opadanie krwinek czerwonych, to znowu ciała wywołujące zmiany w morfologicznym składzie krwi, to wreszcie ciała wpływające przedewszystkiem na O. K. K.

Choroby krwi: Niedokrwistości wogóle okazują stale mniej lub więcej wybitne zmiany, zależnie od stopnia niedokrwistości, w pierwszym rzędzie od stopnia rozwodnienia osocza oraz od zdolności rozpuszczania barwików przez rozwodnioną surowicę. Szczególnie wybitne zmiany okazuje niedokrwistość złośliwa, jednakże i dla niej nie ma żadnego charakterystycznego obrazu, gdyż identyczny obraz może dać każda hydremiczna krew. W daleko posuniętej niedokrwistości złośliwej wykazuje O. K. K. bardzo duże, jasne tarcze z wybitną otoczką patologiczną lub pięknemi, wolnemi pierścieniami; obraz wygląda tu bardzo czysto, zwłaszcza otoczki są gładkie i wyraźnie odbijają się od reszty kropli, w przeciwieństwie do podobnych obrazów przy kile, gruźlicy i posocznicy. W miarę cofania się niedokrwistości n. p. pod wpływem hepatoterapii w przebiegu niedokrwistości złośliwej, wraca obraz krwi stopniowo do stanu prawidłowego. Zaznaczę, że również krew w przebiegu niedokrwistości doświadczalnej, jakto wykazały badania Mavrosa nad zwierzętami, okazuje dodatni O. K. K., cofający się w miarę ustępowania niedokrwistości.

Podczas gdy tak wybitne zmiany daje O. K. K. w przypadkach niedokrwistości, zwłaszcza dalej posuniętych, to należy z drugiej strony zaznaczyć na niekorzyść tej metody, że nawet bardzo wybitne schorzenia krwi jak n. p. białaczka, mogą dawać ujemny O. K. K., o ile nieprzebiegają z niedokrwistością. Odnośnie do białaczek zaznaczę, że białaczki przebiegające z niedokrwistością, okazują często otoczkę, względnie pierścienie o obrysach falistych, jakby pofałdowanych, co jednak nie jest bynajmniej obrazem charakterystycznym wyłącznie dla białaczki.

Guzy i nowotwory, w tem i raki nie dają we wczesnych okresach rozwoju dodatniego odczynu, tak że na podstawie O. K. K. nie można nawet w podejrzanych przypadkach postawić wczesnego przypuszczalnego rozpoznania. Z drugiej strony wybitnie dodatni odczyn w przebiegu nowotworów świadczy o dalekiem posunięciu się sprawy chorobowej i daje tem samem złe rokowanie co do wyników ewentualnego zabiegu. Sam o. k. k. nie ma również i w przebiegu nowotworów nic dla nich charakterystycznego. Ujemny wynik O. K. K. we wczesnych okresach nowotworu nie może nas dziwić, skoro się uwzględni, że O. K. K. jest odczynem na zmiany krwi wogóle, a tych niema jeszcze w samym początku rozwoju nowotworu.

Oprócz wymienionych dotychczas spraw, stwierdza się niekiedy dodatni O. K. K. w szeregu stanów chorobowych, które z omówionemi poprzednio nie mają nic wspólnego, mianowicie przedewszystkiem w przebiegu rozmaitych schorzeń skóry, nadto kamicy nerkowej, ciężkiej cukrzycy, dychawicy oskrzelowej i i. Również niektóre stany zatrucia ustroju, jak n. p. mocznica mogą dać dodatni O. K. K.

Dzisiaj wiemy nadto, że O. K. K. jest zależny również i od równowagi hormonalnej ustroju; przemawiają zatem naprzód przypadki schorzeń gruczołów dokrewnych, okazujących dodatni odczyn, dla którego wytłumaczenia niema żadnej innej przyczyny poza właśnie zaburzeniem hormonalnem. Najjaskrawszym jednak przykładem zależności O. K. K. od układu hormonalnego — to okoliczność, że dodatni O. K. K. stwierdza się u zupełnie zdrowych kobiet w okresie prawidłowej ciąży, prawidłowego połogu, a nawet i miesiączki, co, rzecz prosta, nakazuje tem większą ostrożność w ocenie O. K. K. u kobiet.

Wreszcie dowód niezmiernej czułości tej metody widzimy w tem, że O. K. K. oddziaływa bardzo wybitnie na pozajelitowy dowóz białka; ostatecznie w przebiegu chorób zakaźnych lub w okresie rozpadania się tkanki nowotworowej, wystawiony jest dany ustrój, między innymi, i na działanie pozajelitowo doprowadzanego białka, względnie wytworów jego rozpadu, co przejawia się także i dodatnim O. K. K. Jednakże również i sztuczny dowóz pozajelitowy białka w postaci n. p. domięśniowego wstrzyknięcia mleka, może spowodować wyraźne zmiany w O. K. K., a nawet przejście ujemnego w dodatni. Widać z tego, że .zmiany O. K. K., stoją w tym samym rzędzie, co i inne skutki pozalitowego zadziałania białka, jak gorączka, zmiana stosunku odsetkowego leukocytów, wahania w opadaniu krwinek i i. i uzupełniają w ten sposób symptomatologię odczynu ustroju na dowóz pozajelitowy białka. Nasuwa się tu wobec tego myśl, czy zmiany, przejawiające się w O. K. K. nie mogłyby służyć, jak tego chce Stenzel, jako przedmiotowa ocena stanu allergicznego, przejawiającego się we krwi danego ustroju.

Zanim przejdę do ostatecznej charakterystyki i omówienia wartości klinicznej tej metody, przytoczę naprzód wyniki moich własnych badań; obejmują one łącznie około 300 badań, a więc liczba zbyt skąpa, żeby na jej podstawie budować statystykę, jakkolwiek są ogłoszone statystyki oparte na znacznie mniejszej ilości przypadków, jak n. p. statystyka Lorenza, obejmująca 42 przypadków kiły. W każdym jednak razie liczba moich badań pozwala już na wysnucie pewnych wniosków. Badania moje obejmują 35 przypadków kiły narządów wewnętrznych, głównie narządu krążenia, wszystkie, z wyjątkiem jednego, z wybitnie dodatnim odczynem Wassermanna i Meinickego, 32 przypadków gruźlicy płuc, przeważnie prątkujących, 46 przypadków o charakterze zakażeń, jak *cholangitis, cystopyelitis, endocarditis septica* i i., 11 przypadków guzów nowotworowych, przeważnie raków, 45 przypadków schorzeń krwi na najrozmaitszem tle, w tem 11 przypadków niedokrwistości złośliwej, 43 przypadków, w których przebiegu nie przychodzi zazwyczaj do wyraźniejszych zmian w składzie krwi n. p. *ulcus ventriculi, cirrhosis hepatis,* różne nerwice, cukrzyca i i., 2 przypadki ciąży prawidłowej, 2 przypadki porodu i wreszcie 52 badań, których celem było wykazanie zależności O. K. K od takich czynników, jak krew odwłókniona, sama surowica, samo osocze, pozajelitowe działanie białka; ponadto w paru przypadkach badałem O. K. K. przy użyciu krwi wziętej z opuszki palca.

Wyniki moich badań są następujące: 1) W zakresie tych wszystkich działów schorzeń stwierdziłem w szeregu przypadków zupełnie jednakowe zmiany w O. K. K. i to nie tylko pod względem ilościowym, ale i jakościowym; spostrzeżenia te dowodzą, że sta-

wianie rozpoznania różniczkowego na podstawie O. K. K. jest niemożliwe. 2) Najwybitniejsze zmiany stwierdziłem w przebiegu daleko posuniętych niedokrwistości, a więc w przebiegu silnego rozwodnienia krwi: najbardziej rozległe zmiany okazuje niedokrwistość złośliwa w okresie pełnego rozwoju, jednakże należy zaznaczyć, że zupełnie identyczne obrazy otrzymywałem także i w innych niedokrwistościach daleko posuniętych. W miarę cofania się niedokrwistości wraca O. K. K. stopniowo do stanu prawidłowego. 3) Odnośnie do kiły wykazują moje badania zupełną równoległość między odczynem Wassermanna i Meinickego, a O. K. K. W 4 przypadkach silnie dodatniego odczynu Wa. był o. k. k. tylko słabo dodatni, jednakże od 3 z tych chorych nie można się było dowiedzieć, czy ostatnio przechodzili leczenie przeciwkiłowe, czwarty zaś był leczony przed rokiem. Natomiast w jednym przypadku z silnie dodatnim odczynem Wassermanna i Meinickego, stał się O. K. K. w czasie energicznego leczenia, przeprowadzonego w klinice, z silnie dodatniego słabo dodatnim, prawie niepewnym, podczas gdy odczyn Wa. pozostał bez zmiany. To spostrzeżenie, które poczynili zresztą i inni, dowodzi niezmiernej czułości O. K. K. na wszelkie zabiegi. Na osobną wzmiankę zasługuje przypadek tyczący 14-letniej dziewczyny, u której rozpoznaliśmy zakrzep żyły śledzionowej na tle kiłowem; tło kiłowe, — mimo stale ujemnego odczynu Wassermanna i Meinickego nawet po prowokacji zapomocą neosalvarsanu — przyjęliśmy na podstawie ogólnego niedorozwoju fizycznego, trwania choroby od najwcześniejszego dzieciństwa, wykluczenia wszelkiego innego tła, oraz na podstawie charakterystycznych dla kiły wrodzonej zmian w uzębieniu. Sekcja potwierdziła w zupełności nasze rozpoznanie. Otóż w przypadku tym był O. K. K. stale silnie dodatni mimo braku niedokrwistości. Spostrzeżenie to jest dowodem, że w niektórych przypadkach kiły, zwłaszcza utajonej, O. K. K. może być czulszym, jakkolwiek nieswoistym odczynem, niż odczyn Wasermanna. 4) Przypadki gruźlicy wykazywały wszystkie bez wyjątku dodatni obraz. 5) Zakażenia dawały, z jednym tylko wyjątkiem, dodatni i to przeważnie silnie dodatni O. K. K., głównie na skrawku III. w postaci przybrzeżnego nagromadzenia się barwika, tak, że mojem zdaniem, skrawek ten jest najczulszym na zmiany krwi spowodowane przez zakażenie. Na uwagę zasługuje okoliczność, że przypadek zakażenia pałeczką Banga, dał w pełni rozwoju choroby tylko ledwie zaznaczony dodatni O. K. K., co mogłoby dowodzić małej jadowitości tego cierpienia. 6) Przypadki raków dawały odczyny albo ujemne, albo niepewne, lub tylko słabo dodatnie. Natomiast przypadki ziarniniaka złośliwego oddziaływały wyraźnie dodatnio. W jednym przypadku dużej torbieli trzustkowej był O. K. K. zupełnie ujemny. 7) Schorzenia niewywołujące zasadniczo zmian w składzie krwi, dawały obraz zupełnie ujemny, albo niepewny. 8) Przypadki ciąży i porodu okazały bardzo wybitnie dodatni O. K. K. 9) Co się tyczy zależności O. K. K. od krwi odwłóknionej; surowicy i osocza, oraz krwi wziętej z opuszki palca — to sprawy te omówiłem już poprzednio, tak że tutaj tylko w kilku słowach je przypomnę. Otóż badania mojej kliniki wykazały naprzód, że a) obecność erytrocytów jest niezbędna dla wytworzenia ostrej, prawidłowej linji granicznej, tak przy obecności otoczki, jak i jej braku — gdyż osocze, względnie surowica krwi prawidłowej, dają stale na wszystkich skrawkach patologiczną otoczkę. b) O. K. K. zależy w wybitnym stopniu od obecności i ilości włóknika, względnie fibrynogenu, gdyż doświadczenia, moje z krwią odwłóknioną wykazały naprzód wybitny wpływ krwi odwłóknionej na otoczkę na skrawku I. i II., która, w przeciwieństwie do obrazu przy użyciu krwi całkowitej, stawała się ciemniejsza, zamazana, a nawet znikała niekiedy całkowicie; ponadto, co ważniejsze, przerywana, a więc patologiczna linja graniczna, stawała się niekiedy przy użyciu krwi odwłóknionej jednolitą, czyli, że obraz krwi patologiczny przechodził w prawidłowy. Natomiast na skrawku III. niewidziałem w moich. doświadczeniach różnicy przy użyciu krwi odwłóknionej w stosunku do krwi całkowitej. Badania moje wykazały więc, że przy powstawaniu otoczki tak prawidłowej, jak i chorobowej gra rolę obok erytrocytów i stopień krzepliwości krwi, przyczem nie wyklucza się oczywiście i innych jeszcze czynników. c) Badania przeprowadzone przy użyciu krwi z palca wykazywały identyczny obraz, jak i przy użyciu krwi żylnej, lub też zmiany były tylko ilościowej natury i to tak nieznaczne, że w niczem nie wpływały na ogólną ocenę danego O. K. K. Doświadczenia te z powodu skąpej ilości nie pozwalają na ich uogólnienie, jednakże zasługują na uwagę, ze względu na stronę praktyczną. d) Wreszcie, chcąc wykazać zależność o. k. k. od przejściowych wahań w układzie koloidów osocza, przeprowadziłem badania nad wpływem pozajelitowego dowozu białka na o. k. k. Badania te są także jeszcze zbyt skąpe, aby pozwalały na wysnuwanie ostatecznych wniosków, więc ograniczę się tylko do stwierdzenia, że o. k. k. sporządzony w okresie najwybitniejszego odczynu ustroju, tj. na szczycie gorączki, tak z całkowitej krwi żylnej, jak i odwłóknionej, jak i z krwi opuszki palca, wykazywał wybitne zmiany w stosunku do takiegoż obrazu, sporządzonego bezpośrednio przed wstrzyknięciem mleka: mianowicie O. K. K. pozostawał wprawdzie pod względem jakościowym bez zmiany, jednakże występowały stale wyraźne różnice ilościowe, ale tylko na skrawku I. i II. w postaci wybitnie wyraźniejszego zarysowania się otoczek lub wogóle ich pojawienia się; czyli stosunek O. K. K. sporządzonego przed wprowadzeniem białka, t. j. przed wstrząsem koloidów, do O. K. K. sporządzonego w okresie wstrząsów koloidów, okazał się taki sam, jak i obraz krwi odwłóknionej do obrazu sporządzonego ze krwi całkowitej. Oczywiście, że czynnikiem powodującym te zmiany ilościowe w okresie wstrząsu koloidów jest w każdym razie wzmożona krzepliwość krwi: w ten sposób możnaby O. K. K. wprowadzić do badania napadu hemoklozycznego Widala zamiast, względnie, obok oznaczania krzepliwości krwi.

Całokształt wyników moich badań zgadza się, jak widać, najzupełniej z wynikami innych autorów.

Zestawiając teraz wszystkie dotychczasowe dane w O. K. K. tak obcych, jak i moje własne, ujmuję w następujący sposób stanowisko internisty tak co do strony teoretycznej, jak i praktycznej tej metody:

1) O. K. K. jest zupełnie nieswoistą hematologiczno-serologiczną metodą badania klinicznego, opartą o podstawy analizy kapilarnej, zależną od czynników fizykalno-chemicznych, oddziaływującą na zmiany krwi wogóle, w pierwszym rzędzie jednak na zmiany osocza odnośnie do układu koloidów i zawartości wody i będącą tem samem niejako negatywem i uzupełnieniem morfologicznego obrazu krwi.

2) Najbardziej zasadniczą cechą tej metody jest jej zupełna nieswoistość, przejawiająca się zupełnie identycznemi obrazami w szeregu najrozmaitszych spraw chorobowych; dodatni O. K. K. na jakimkolwiek skrawku, uwzględniony tylko sam dla siebie, dowodzi wogóle zmian krwi tak pierwotnych, jak i następowych i oznaczać może równie dobrze n. p. gruźlicę, jak kiłę, jakieś pierwotne schorzenie krwi lub jakiekolwiek zakażenie, względnie nawet ciążę, lub miesiączkę i tem samem stoi w równym rzędzie co do swej nieswoistości z takiemi badaniami jak oznaczanie ciepłoty lub szybkości opadania krwinek czerwonych. W przeciwieństwie do swej nieswoistości jest jednak O. K. K. niezmiernie czułym odczynem ustroju na zmiany krwi wogóle.

3) O. K. K. niema wobec tego żadnego znaczenia rozpoznawczo-różniczkowego i byłoby największym błędem i zupełnem niezrozumieniem istoty tej metody, aby na jej podstawie stawiać wogóle jakieś rozpoznanie n. p. kiła; natomiast w ramach jakiegoś ustalonego co do rozpoznania schorzenia, może być O. K. K. niejako miernikiem aktywności danej sprawy chorobowej, a jego wahania mogą nawet mieć do pewnego stopnia i znaczenie prognostyczne; jednakże i tutaj należy zrobić zastrzeżenie, gdyż zmiany o. k. k. nie muszą iść równolegle z nasileniem danego schorzenia, albowiem O. K. K. odzwierciadla jedynie tylko zmiany krwi: pod tym względem stoi on na równi z innym również zupełnie nieswoistym sposobem badania i zarazem przejawem chorobowym, mianowicie z gorączką, której nasilenie bynajmniej nie musi być wiernem odbiciem stopnia ciężkości danego schorzenia.

4) Jeżeli jednakże O. K. K. musimy odmówić zupełnie znaczenie czynnika rozpoznawczo-różniczkowego — to jednak z drugiej strony musimy mu przecież przyznać, przynajmniej w pewnej liczbie przypadków pewne znaczenie kliniczno-praktyczne: mianowicie w przypadkach niejasnych, ukrytych niejako schorzeń, gdzie rozpoznanie może się wahać między ukrytą gruźlicą, ukrytą kiłą, skrytą i przewlekłą posocznicą, a nawet neurastenją — może dodatni, zwłaszcza silnie dodatni O. K. K. mieć pewne znaczenie praktyczne, albowiem każe nam odrzucić jedynie czynnościowe zmiany i każe nam prowadzić dalsze badania zależne od całokształtu obrazu klinicznego — czyto w kierunku kiły, czy gruźlicy, czy posocznicy, czy jakichś ograniczonych zmian zapalnych. W przypadkach takich O. K. K. nabiera tem większego znaczenia, o ile badania nasze uzupełnimy ponadto innemi, również nieswoistemi sposobami badania, mianowicie, oczywiście poza oznaczaniem ciepłoty, opadaniem krwinek czerwonych i hemogramem. Wszystkie te bowiem nieswoiste metody badania oddziaływują na inne czynniki chorobowe i w ten sposób wzajemnie się uzupełniają. Hemogram bowiem jest w swej części leukocytowej nader czułym i pewnym odczynnikiem na sprawy natury zakaźnej i toksycznej,

przyczem w stosunku do O. K. K. i odczynu Biernackiego (opadanie krwinek czerwonych) pozwala bez porównania więcej na różnicowanie stanów chorobowych i określanie stopnia zakażenia i tem samem ma oczywiście duże znaczenie dla rokowania; opadanie zaś krwinek czerwonych jest przedewszystkiem wyrazem zaburzeń równowagi albumin i globulin osocza na korzyść globulin, nadto jest wyrazem i miernikiem raczej stanów wchłaniania, niż ostrych zmian zapalnych; O. K. K. oddziaływa zaś w pierwszym rzędzie na zmiany koloidów osocza oraz wahania zawartości wody krwi i daje najwyraźniejsze odczyny w przebiegu zakażeń i niedokrwistości. Nadmienić tu należy, że liczne spostrzeżenia dowodzą, że O. K. K. okazuje się naogół czulszym odczynnikiem na zmiany chorobowe, niż opadanie krwinek czerwonych i hemogram. Ważności współdziałania tych wszystkich nieswoistych metod badania dla oceny niejasnych, niejako zamaskowanych przypadków klinicznych — dowodzi okoliczność, że w najnowszych czasach szkoła niemiecka wprowadza do kliniki następujący zespół nieswoistych metod badania, mianowicie: 1) Podmiotowe, ogólne poczucie choroby, którego tła nie można wykryć zwykłemi sposobami badania. 2) Waga ciała jako najprostszy, a bezwzględnie przedmiotowy sposób oznaczania ogólnego bilansu przemiany materji. 3) Oznaczanie ciepłoty ciała, pouczające nas o wzmożonym chemiźmie ustroju. 4) Obraz odsetkowy krwinek białych jako wskaźnik ogólnego odczynu ustroju na czynniki zakaźne. 5) „Grubą kroplę", jako bardzo czuły wskaźnik czynności krwiotwórczej. 6) Opadanie krwinek czerwonych jako miernik krążących we krwi wytworów rozpadu tkanek i wreszcie 7) Obraz kropli krwi *(Guttadiaphot)* jako niezmiernie czuły odczynnik na zaburzenia koloidów krwi. Ten zespół nieswoistych metod badania, oznaczony przez Schillinga jako „stan nieswoisty" (nazwa mojem zdaniem bardzo nieszczęśliwie dobrana, gdyż przez stan rozumiemy przecież wogóle czy to prawidłowe, czy chorobowe zachowanie się ustroju, a nie metodę służącą do wykazania tego stanu), pozwalający na wykazanie już nawet drobnych zmian organicznych ustroju — nie daje nam oczywiście do ręki rozpoznania, tylko stwierdza, przedmiotowo wogóle jakieś organiczne schorzenie ustroju.

Jako przykład, jak O. K. K. może mieć niekiedy praktyczne znaczenie, niech posłuży następujący przypadek z mojej kliniki:

a) Chora M. K. L. 23. zgłasza się ze skargami na objawy żołądkowe natury dyspeptycznej, które wystąpiły nagle po błędzie dietetycznym i zaraz po przybyciu do kliniki ustąpiły. Przeprowadzone wtedy najdokładniejsze badanie fizykalne nie wykazało żadnych zmian, również i badanie moczu nie wykryło odchyleń ani morfologicznych, ani chemicznych. Ciepłota przez 4 pierwsze dni pobytu w klinice zupełnie prawidłowa. Wobec tego poleciłem zrobienie O. K. K., aby uzyskać obraz prawidłowy; jednakże O. K. K. wykazał wprawdzie na skrawku I. i II. stosunki prawidłowe, natomiast bardzo wybitną zmianę na skrawku III. w postaci silnie zaznaczonego przybrzeżnego nagromadzenia się zielonego barwika i to poza okresem miesiączki. Ten wynik badania zmusił nas do jeszcze dokładniejszego badania celem wykrycia przyczyny tego objawu. Przeprowadzone wtedy badania radjologiczne narządu oddechowego nie wykazało żadnych zmian, natomiast odczyn Biernackiego wykazał poziom opadania krwinek czerwonych po 1 godzinie 27 mm, po 2 godzinach 46 mm, co jeszcze bardziej utwierdziło nas w przekonaniu, że w ustroju znajduje się jakieś ognisko chorobowe. Na potwierdzenie tego przypuszczenia wystąpiły od 5. dnia pobytu chorej w klinice wzniesienia podgorączkowe; sporządzony w tym czasie hemogram wykazał bardzo wybitne przesunięcie w lewo, mianowicie 11% ciałek o jądrze pałeczkowem. Przeprowadzone równocześnie badanie ginekologiczne dla wykrycia ogniska chorobowego dało wynik ujemny, również i odczyn Wassermanna wypadł ujemnie. Wobec tego, mimo że pierwsze zwykłe badanie moczu dało wyniki zupełnie ujemne, przeprowadziliśmy badanie bakterjologiczne moczu, które rozstrzygnęło sprawę, wykryło bowiem prątka okrężnicy w czystej hodowli, a równocześnie badanie drobnowidowe moczu wziętego cewnikiem wykazało liczne białe ciałka w grudkach, ponadto i chora zaczęła się skarżyć w ostatnich dniach na pieczenie w cewce moczowej przy oddawaniu moczu. Sprawa była teraz jasna; mianowicie u chorej, — która przyszła tylko z objawami dyspepsji żołądkowej i u której badania w pierwszych dniach nie wykazały żadnych zmian przedmiotowych, ani też, poza dolegliwościami żołądkowemi, podmiotowych i która wobec tego w 3. dniu pobytu byłaby wypuszczona z kliniki z rozpoznaniem *Dyspepsia ventriculi* — stwierdziliśmy zajęcie dróg moczowych, na co naprowadził nas zupełnie przypadkowo O. K. K. Dopiero po wyjaśnieniu sprawy podała nam chora, że rzeczywiście przed laty, przebyła jakieś schorzenie, którego objawy wskazywały na ostre zajęcie dróg moczowych, a które potem ustąpiły, tak, że chora o nich zupełnie zapomniała i nie podała ich dlatego w wywiadach.

Jaki jest ostatecznie stosunek O. K. K. do kliniki i lekarza-praktyka, dla którego właśnie przeznaczyli tę metodę przynajmniej początkowo jej autorzy?

W Klinice, a więc w warunkach korzystających z całokształtu nowoczesnych badań, nie może O. K. K. mieć, oczywiście, żadnego znaczenia rozpoznawczego, a jedynie tylko w pewnych zamaskowanych przypadkach może mieć znaczenie jako czynnik zupełnie ogólny, mówiący nam w przypadku dodatniego odczynu przy równoczesnem wykluczeniu ciąży i miesiączki oraz porodu, że w danym ustroju zachodzi wogóle jakaś sprawa chorobowa, przyczem ze stopnia odczynu możemy z pewnem zastrzeżeniem wnosić o stopniu nasilenia sprawy chorobowej. O tych jednak objawach pouczają nas dokładniej wszystkie inne sposoby badania klinicznego. Natomiast nie da się zaprzeczyć, że O. K. K., zwłaszcza oparty o inne, poprzednio omówione nieswoiste metody badania, może w przypadkach skrycie przebiegających, lub tam gdzie chodzi o wykluczenie symulacji, n. p. przy badaniach ubezpieczeniowych, badaniach o odszkodowanie i t. p. — mieć pewne znaczenia zupełnie ogólnego, nieswoistego objawu, zmuszającego nas, w razie dodatniego wyniku, do użycia innych metod badania, aby nie przyjąć tła czynnościowego lub symulacji tam, gdzie może zachodzić jakieś schorzenie organiczne.

Co się zaś tyczy stosunku O. K. K. do lekarza-praktyka, a więc pozbawionego pomocniczych metod badania — to, mojem przynajmniej zdaniem — nie może mieć O. K. K. w obecnej swej postaci praktycznego znaczenia, gdyż — pominąwszy już konieczność nakłucia żylnego — w przypadkach niejasnych, a jedynie o takie mogłoby się rozchodzić, dodatni O. K. K. mówi mu tylko, że wogóle jakaś zmiana zachodzi w ustroju, nic zaś go nie objaśnia co do jakości i umiejscowienia tej sprawy, tak, że rozstrzygnięcie przypadnie ostatecznie klinice.

Jeżeli jednak O. K. K. jako metoda praktyczna, zwłaszcza nieoparta o inne metody, a pozostawiona samej sobie — ma bardzo ograniczone znaczenie — to jednakże z drugiej strony byłoby błędem przejść do porządku dziennego nad tą metodą opartą o podstawy naukowe, niezmiernie prostą pod względem technicznym i niezmiernie czułą i przedewszystkiem zdolną do rozbudowy przez dodanie nowych skrawków, co nawet może jej nadać kiedyś jeszcze więcej wyrazistości, a może nawet i pewnego stopnia swoistości. Główne jednak znaczenie tej metody leży, mojem zdaniem, w jej części teoretyczno-naukowej; zwróciła ona bowiem naszą uwagę i w każdym razie rozszerzyła nasze wiadomości co do zmian fizyko-chemicznych krwi, zmian, które mimo ostatnich badań nad koloidami i elektrolitami krwi, są jeszcze bardzo niedostateczne. I na tem polu właśnie może metoda obrazu kropli krwi oddać usługi.

Piśmiennictwo.

1) Schilling: Das Guttadiaphot — Jena Gustaw Fischer. 1929. — 2) Fr. Meyer, Dr. Bierast, v. Schilling: Das Guttadiaphot I Zeitschrift f. Kl. M. 1928 T. 109, zesz. 5. — 3) Schilling, Bruch: Das Guttadiaphot II Zeitschrift f. k. M. 1928. T. 109, zesz. 5. — 4) Gesenius: Das Guttadiaphot III Zeitschrift f. kl. M. 1928 T. 109, zesz. 5. — 5) V. Schilling: Das Guttadiaphot IV Zeitschrift f. kl. M. T. 109, zesz. 5. — 6) Venzel-Waecker: Erfharungen mit der „Meyer-Bierast-Schillingsten Guttadiaphotmethode". Zeitschrift f. kl. M. 1928. T. 109, zesz. 5. — 7) Schilling: Guttadiaphot nach Fr. Meyer und Bierast ein interessanter neuer Weg klinischer Blutuntersuchung. M. klinik. 1928. Nr. 17. — 8) K. Doctor. — Untersuchungen über Luesdiagnostik nach dem Guttadiaphotverfahren im Vergleich zur Wassermann und Meinicke — Reaktion M. Kl. 1928 Nr. 52. — 9) Mohrmann u. Blut: Was leistet das Guttadiaphot für Klinik. D. M. W. 1929. Nr. 6. — 10) Schilling: Der praktische Wert des Guttadiaphot bei Syphilis D. M. W. 1929. Nr. 16. — 11) Kamnitzer: Erfahrungen mit dem Mayer Bierast-Schillingschen Guttadiaphot D. M. W. 1929. Nr. 19. — 12) Salen u. Haegstrom: Hygia 1929. Nr. 45. — 13) Nicolan: Das Guttadiaphot V. Zeitschrift. kl. M. 1929. T. 112. str. 196. — 14) Mavros: Das Guttadiaphot VI Zeitschrift kl. M. 1929. T. 112. str. 205. — 15) Gesenius: Das Guttadiaphot VII Zeitschrift f. kl. M. 1929. T. 112. str. 215. — 16) Blumenthai u. Seito: Ist das Guttadiaphot von Mayer, Bierast u. Schilling für die Diagnose Lues verwendbar M. kl. 1929. Nr. 15. — 17) Lorenz: Das Gutta-

diaphot beim kranken Kinde kl. W. 1929. Nr. 34. — 18) Lami: Notizia sul movo diagnostico ematologico, Guttadiaphot Riforma Medica 1929. Nr. 22. — 19) Schilling: M. kl. 1929. Nr. 26. — 20) Blumenthal u. Seito: M. kl. 1929. Nr. 16. — 21) Kretz Paula: M. kl. 1930. Nr. 9. — 22) Kober: kl. W. 1929. Nr. 37. — 23) Stenzel: W. kl. W. 1929. Nr. 39. — 24) V. Schilling: D. m. W. 1930. Nr. 13. — 25) Schilling: Theorie und Praxis der Ergebnisse der unspecifischen Diagnose der Krankheit Zeitschrift f. kl. M. 1930. T. 112, str. 596. — 26) Hoffstaedt: D. m. W. 1930. N. 10.

Wł. ELMER i M. SCHEPS. Lwów.

Wpływ wasopressyny i oksytocyny na poziom cukru we krwi u ludzi.

Z Oddz. W. I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie. Prymarjusz: Doc. Dr. W. Czernecki.

W poprzednich naszych pracach (1) zajmowaliśmy się działaniem wasopressyny i oksytocyny na przemianę wody i soli (w moczówce prostej), na parcie krwi oraz na ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego. W obecnej pracy przedmiotem naszych badań był wpływ tych hormonów na poziom cukru we krwi. Chcemy wpierw za Trendelenburgiem (2) podnieść, że wiadomości nasze w kierunku wpływu całkowitego płata tylnego przysadki na przemianę węglowodanową są skąpe i niezgodne. Nawet sprawa na pozór tak prosta, jak wpływ pituitryny na poziom cukru we krwi, nie jest uzgodniona, albowiem niektórzy autorowie, a w szczególności Fakta, odmawiają pituitrynie wpływu na cukier we krwi. Większość jednak autorów jest zdania, że po pituitrynie występuje przecukrzenie krwi.

Z chwilą wyosobnienia przez Kamm'a i jego współpracowników z tylnego płata przysadki wasopressyny i oksytocyny, znów stała się aktualną sprawa znaczenia ich w przemianie węglowodanowej. W szczególności chodziło o rozstrzygnięcie, czy te hormony wywierają jakieś działanie na przemianę węglowodanową, a jeśli tak, czy oba razem czy też jeden tylko z nich odznaczają się tem działaniem. Geiling i Eddy (3) uważają na podstawie swych doświadczeń przeprowadzonych na zwierzętach, że oba hormony podnoszą cukier we krwi, przyczem zaznaczają, że przecukrzenie krwi po oksytocynie jest słabsze, lecz dłużej utrzymujące się, niżli po wasopressynie.

Badania nasze przeprowadziliśmy na materjale ludzkim, prawidłowym pod względem zachowania się przemiany materji. Po oznaczeniu cukru we krwi na czczo, wstrzykiwaliśmy podskórnie 10 jednostek wasopressyny i następnie w odstępach półgodzinnych przez okres 2-ch godzin, badaliśmy zachowanie się krzywej cukru we krwi. W następnych dniach powtarzaliśmy doświadczenie w tych samych warunkach, wstrzykując 10 jednostek oksytocyny, oraz dla porównania 10 jednostek pituitryny. W niektórych przypadkach przeprowadzaliśmy badania kontrolne t. j. oznaczaliśmy poziom cukru we krwi na czczo przez okres 2-ch godzin bez podania preparatu.

Wyniki badań uwidoczniliśmy w tablicy I.

Jeżeli uważać wahania cukru we krwi w granicach 10 mg % jako prawidłowe, to możemy przyjąć, że wasopressyna w większości przypadków spowodowała wzrost poziomu cukru we krwi. Najwyższy wzrost występował w 30 do 60-ej minucie, dochodząc nawet do 39 mg%, poczem przecukrzenie krwi szybko opadało tak, że w czwartej półgodzinie cukier we krwi osiągał poziom pierwotny. Należy zauważyć, że po 10 jednostkach pituitryny występował również wzrost cukru we krwi, który jednak zaznaczał się w znacznie mniejszej ilości przypadków, przyczem naogół był on słabszy. Zupełnie odmiennie zachowywał się poziom cukru we krwi po oksytocynie; w żadnym bowiem z naszych przypadków nie stwierdziliśmy przecukrzenia krwi.

Na podstawie naszych badań możemy powiedzieć, że wpływ płata tylnego przysadki mózgowej w przemianie węglowodanowej należy odnieść tylko do działania wasopressyny.

Cukier we krwi w mg%.

L. p.	po 10 jedn. wasopresyna						Wzrost najwyższy	po 10 jedn. oksytocyny						Wzrost najwyższy	po 10 jedn. pituitryny						Wzrost najwyższy
	na czczo	30'	60'	90'	120'	150'		na czczo	30'	60'	90'	120'	150'		na czczo	30'	60'	90'	120'	150'	
1	106	106	113	104	99	99	+ 7	92	88	90	92	90	—	— 4	95	97	97	90	92	—	+ 2
2	90	106	129	88	86	79	+ 39	88	90	90	88	83	84	+ 2	86	99	90	90	90	88	+ 13
3	75	93	110	83	81	79	+ 35	81	77	79	72	70	72	— 11	84	86	84	82	83	81	+ 2
4	99	102	113	101	97	—	+ 14	93	93	92	93	93	—	— 1	97	102	99	99	95	—	+ 5
5	97	113	110	102	99	—	+ 16	99	101	101	99	97	—	+ 2	95	106	101	95	92	—	+ 11
6	99	97	97	93	97	—	— 6	102	106	104	102	102	—	+ 4	101	103	103	101	102	—	+ 2
7	111	122	115	113	111	—	+ 11	108	102	99	99	99	—	— 9	104	100	104	102	95	—	— 9
8	101	101	110	114	96	—	+ 13	97	97	93	95	97	—	— 4	102	111	104	102	99	—	+ 9
9	68	88	90	77	67	—	+ 22	68	73	77	77	68	—	+ 9	86	86	110	102	77	—	+ 24
10	82	71	80	80	80	73	— 11	76	79	78	79	72	74	+ 3	84	82	86	80	84	84	+ 2
11	87	96	100	120	96	93	+ 33	89	94	93	89	90	91	+ 5	97	105	100	95	97	80	+ 8
12	89	112	94	94	94	85	+ 23	96	98	89	96	91	96	+ 2	79	84	84	81	84	77	+ 5
13	99	117	119	122	113	97	+ 23	102	94	90	89	94	90	— 13	84	104	110	113	111	92	+ 29

Streszczenie.

1. Wasopressyna na drodze podskórnej powoduje w większości przypadków wybitne przecukrzenie krwi.

2. Po pituitrynie przecukrzenie krwi występuje znacznie rzadziej i słabiej, aniżeli po wasopresynie.

3. Po oksytocynie nie występuje przecukrzenie krwi.

Piśmiennictwo.

1) Elmer i Scheps: Pol. Gaz. Lek. Nr. 21. 1929. — Ci sami: Münch. Med. Woch. Nr. 46. 1929. — Elmer, Ptaszek i Scheps: Pol. Gaz. Lek. Nr. 17. 1930. — Elmer i Ptaszek: Cpt. rend. de Soc. Biol. 1930. — Ci sami: Cpt. rend. de Soc. Biol. 1930. — Elmer, Ptaszek i Scheps: Klin. Woch. 1930.— 2) R. Trendelenburg: Die Hormone. I Teil. Berlin. 1929. — 3) Geiling i Eddy: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 26:146. 1928 r.

Prym. Dr. M. SEIDLER. Lwów

Przyczyny i leczenie zakrzepów połogowych i pooperacyjnych.

Z oddziału położn.-ginek. O. Z. K. Ch. we Lwowie.

Znaczny wzrost zakrzepów i zatorów w okresie powojennym spowodował liczne badania w tym kierunku, a tem samem i liczną literaturę. Jednym z pierwszych, był Hegler internista z Hamburga, który wykazał na dużym materjale wewnętrznym 16-to krotne zwiększenie zakrzepów po wojnie. Odsetek zakrzepów wszystkich wewnętrznych przypadków podaje on na 1.6%. Zwiększenie tromboz na materjale wewnętrznym wykazuje także Oberndorfer. To samo stwierdzają również chirurdzy i ginekolodzy (Eiselsberg, Schönbauer, Frangenheim, Detering, Stich, de Quervain, Schnitzler, Sellheim, Franqué, Küstner, Mayer, Nürnberger, Krieger i t. d.). Statystycznie wykazują oni tak na materjale pooperacyjnym jakoteż połogowym 3—5 krotne zwiększenie zakrzepów. Materjał sekcyjny (Herxheimer, Fahr) wykazuje również 6-cio krotne powojenne zwiększenie zakrzepów, a nawet 11 krotne zwiększenie zatorów płucnych. W 1/4 materjału sekcyjnego wykazano trombozy. Odsetek zakrzepów połogowych według rozmaitych statystyk wynosi 0.05% (Stoeckel), 0.53% Judel, Eidels, 0.58% Jaschke, 0.3—1% Krieger, 1.9% Mayer, 2% (Basylea), 2.5% (Berlin). Zakrzepów zaś pooperacyjnych 0.4% Döderlein, 1.05 Schuhmacher, 1.4—3.1% Fehling, 3% Nürnberger. Ewa Krieger z Królewca na materjale klinicznym obejmującym lata 1918—1928 wykazuje wzrost zakrzepów i zatorów pooperacyjnych w okresie powojennym z 0.5% na 2.6%. Moliński z kliniki wrocławskiej podaje 2.5% zakrzepów i zatorów pooperacyjnych. Znacznie rzadziej zdarzają się zatory połogowe, stosunek zatorów połogowych do pooperacyjnych wynosi 0.52—0.9% według Mayera. Stoeckel na 18.000 porodów spostrzegał tylko w jednym przypadku zator płucny, Jaschke podaje 0.07% zatorów połogowych, Waithard 0.018%, Bünzel 0.063% śmiertelnych embolji w połogu. W 0.5% zakrzepów połogowych przychodzi do zatorów (Mayer). Podnieść jednak należy, że statystyki kliniczne nie są dokładne, gdyż uchodzą naszej uwagi zakrzepy w małych naczyniach przymacicza, zakrzepy w żyłach przyściennie niezamykające w całości naczynia. Część pacjentek opuszcza zakłady po porodzie 8—10 dnia, a wiemy o tem, że zakrzepy mogą ujawniać się z końcem drugiego i trzeciego tygodnia a nawet i w czwartym tygodniu. Hochenbichler opisuje przypadek śmiertelnej embolji w 30 dni po porodzie bez objawów zakrzepu. Objawowi zaś Mahlera (tętno szybkie, wznoszące się) i Michaelisa (podgorączkowe stany) nie należy jak uczy doświadczenie przypisywać większego znaczenia djagnostycznego. Nic w tem dziwnego, że już od dziesiątek lat rozmaici badaczy starają się wykazać i dowieść przyczyn tak poważnego schorzenia dającego około 0.07% w połogu a 0.35% po operacjach (Jaschke) i 0.44% pooperacyjnych śmiertelnych embolji (de Quervain) a nawet 1.52% (Schuhmacher). Poznawszy zaś przyczyny tego schorzenia będziemy mogli zmniejszyć częstość jego występowania. Już od dawna istnieją dwie teorje tłumaczące powstawanie zakrzepów i zatorów:

1) zakaźna,
2) mechaniczna.

Dla zrozumienia tych teoryj przypomnijmy sobie proces krzepnięcia krwi w naczyniu krwionośnem. Każdy skrzep powstający w naczyniu krwionośnem zaczyna się t. zw. skrzepem zlepnym (konglutynacyjnym). Płytki krwi osadzają się na ścianie naczynia, a obumierając uszkadzają komórki śródbłonka naczyniowego (intimy). Nie jest rzeczą dowiedzioną czy komórki śródbłonka pod wpływem pewnych szkodliwych czynników najpierw nie obumierają, a w następstwie tego dopiero przychodzi do nagromadzenia się na ścianie naczynia płytek krwi. Obecnie wyzwala się trombozyma (trombokinaza) z komórek śródbłonka i płytek krwi i rozpoczyna się chemiczny proces krzepnięcia i powstaje t. zw. skrzep koagulacyjny, zawierający już wtedy ciałka czerwone. (Teorja chemiczna Nolfa najlepiej tłumaczy krzepnięcie krwi: Dzięki zmianom fizyczno-chemicznym trzech kolloidów fibrynogenu, trombogenu i trombozymy stale zawartych w osoczu, a łączących się dopiero pod wpływem ciał tromboplastycznych w obecności soli wapniowych, następuje krzepnięcie krwi. Trombogen (protrombina) ze współdziałaniem zjonizowanych soli wapniowych łączy się z trombozymą (trombokinazą), poczem następuje strącenie fibrynogenu i powstaje włóknik (fibryna) + trombina. Trombozyma znajduje się w śródbłonkach naczyń i w elementach komórkowych. Ciała tromboplastyczne natomiast, które krzepnięcie wywołują, znajdują się we wszystkich tkankach. Nowaczyński).

Najczęstszym zejściem skrzepu niebakteryjnego jest t. zw. organizacja, której stale towarzyszą choćby nie duże objawy zapalenia, a więc przekrwienie, obrzęk i nagromadzenie leukocytów w ścianie naczynia i w najbliższem otoczeniu. Powstaje więc aseptyczny wysięk zapalny. Procesowi temu towarzyszy podniesienie ciepłoty stąd — nazwa *thrombophlebitis*.

Teorja zakaźna według której infekcja stanowi w etjologji zakrzepów główną względnie wyłączną przyczynę posiada coraz mniej zwolenników. W doświadczeniach Frommego — wywołania zakrzepów u zwierząt tylko przez wprowadzenie do światła żyły nitki jedwabnej zakażonej, wykazał Zurhelle błędy w technice. Wykazanie przez Zweifla i Holzmana znacznie większego odsetku zakrzepów po całkowitem wycięciu mięśniakowej macicy niż po nadpochwowem odcięciu w następstwie wniknięcia drobnoustrojów pochwy do otwartych naczyń krwionośnych uważać należy za zupełnie przypadkowe. Dowodzą tego statystyki Kleina i Zurhellego, również częstość występowania zakrzepów po operacjach dużych torbieli jajnika, gdzie wogóle pochwy się nie otwiera, a przeciwnie znikomy odsetek zakrzepów po operacjach pochwowych (Calman i Schuhmacher), czego dowodzi także i nasz materjał. Hess, Calman, Niden spostrzegając częstsze zakrzepy w czasie epidemji grypowej, infekcji tejże przypisują główną rolę, Hoering infekcji z przewodu pokarmowego i pęcherza. Meyer-Rüegg, de Quervain, Schuhmacher, Helly, Bucura, Baumgarten i t. d. przypisują czynnikowi infekcyjno-toksycznemu dominującą rolę w etjologji zakrzepów. Haberland doświadczalnie na zwierzętach wykazał, że po ściśle aseptycznem operowaniu trombozy u zwierząt nie występowały. Schulz spostrzegając okresowe występowanie zakrzepów przypuszcza istnienie pewnej infekcyjnej swoistej noxy. Tłumaczenie zwiększenia zakrzepów pooperacyjnych wskutek wykonywania operacji przez niewyszkolonych t. zw. wojennych chirurgów nie wytrzymuje krytyki. Z rozwojem aseptyki w ostatnich latach raczej należałoby się spodziewać zmniejszenia procentowego tego schorzenia. Jeżeli trombozy żył miednicy mogą mieć swe źródło w zakażeniu przez bezpośrednie wniknięcie drobnoustrojów z pola operacyjnego przy operacjach ginekologicznych, to powstanie pierwotnych zakrzepów w żyłach udowych w myśl zapatrywań anatomopatologów nie znajduje wytłumaczenia. Słusznie więc Döderlein w etjologji zakrzepów infekcji przypisuje podrzędną a nie główną rolę. Nawet sami zwolennicy teorji zakaźnej nie we wszystkich przypadkach zakrzepów mogli wykazać bezspornie infekcje tylko około w 2/3 przypadków (de Quervain, Schuhmacher). Muszą więc istnieć również inne czynniki mające wpływ na powstawanie zakrzepów. Już przed 70 laty Virchow uznawał rozmaite przyczyny powstania zakrzepów, dzielił je bowiem na uciskowe, urazowe, marantyczne, połogowe i t. d. Aschoff, Kretz, Kronig, Jaschke, Walthard, Stoeckel, Kappis, Oberndorfer i t. d. są zwolennikami teorji mechanicznej i uważają zwolnienie prądu krwi za *„conditio sine qua non"* powstania zakrzepów, nie wykluczają przytem jednak i innych przyczyn. Zwolnienie prądu krwi powoduje przechodzenie składników morfotycznych krwi z osi ku obwodowi, przychodzi więc do zetknięcia się ich ze ścianą naczyń i osadzenia się na niej. Potwierdzają to zapatrywanie statystyki wykazujące częstsze występowanie zakrzepów u osób starszych, otyłych ze zmianami w narządzie krążenia i płuc, u osób wykrwawionych (myoma i Ca); dłuższe krwawienie bowiem pociąga za sobą zmiany krwi (w jej lepkości, zwiększenie trombocytów). Następnie w przypadkach dużych guzów w miednicy powodujących przez ucisk na żyły biodrowe miejscowe zwolnienie prądu krwi (duże włókniaki i torbiele). Zatem przemawia także częstsze występowanie zakrzepów w żyłach niż w tętnicach, i to częściej w żyle udowej lewej niż prawej, dzięki właśnie odmiennym stosunkom anatomicznym, (trzykrotne skrzyżowanie żyły lewej przez tętnicę pod kątem prostym). Bezsprzeczny wpływ na zwolnienie prądu krwi wywierają operacje jamy brzusznej, dalej narkoza inhalacyjna, która osłabia czynność serca i płuc. Pareza jelit powoduje spadek ciśnienia krwi w jamie brzusznej. Również i długie leżenie na wznak powoduje zwolnienie prądu krwi w żyłach miednicy i udowych, dzięki osłabieniu działania ssąco-tłoczącego płuc i serca; w nich więc powstaje *„locus minoris resistentiae"* i dzięki temu stają się miejscem najczęstszym lokalizacji zakrzepu. Wyjątkowo wysoki odsetek embolji (3.7%) po zabiegu operacyjnym t. zw. *interpositio uteri vesicovaginalis*, właśnie z powodu stazy w splocie żylnym przemawia również na korzyść

teorji mechanicznej. Jakkolwiek według Mayera u położnic czynnik mechaniczny w etjologji zakrzepów schodzi do drugorzędnego znaczenia, gdyż materjał położniczy dotyczy przedewszystkiem osób młodych ze zdrowem sercem, to przecież zwolnienia prądu krwi w przypadkach tromboz połogowych głębokich żył nie da się całkowicie zaprzeczyć. Statystycznie wykazano bowiem znacznie częstsze występowanie zakrzepów u starszych rodzących, z opadnięciem trzew, ze zmianami w sercu i t. d. (Schuhmacher). Natomiast nie można wykazać przyczynowego związku między ogólnem zwolnieniem prądu krwi i trombozami w powierzchownych żyłach żylakowato zmienionych, w tych bowiem żyłach wystarczają zmiany lokalne do powstania zakrzepu. Specjalnie w połogu istnieją korzystne warunki do powstania zakrzepów w dolnych obszarach żył, odpływ krwi bowiem z nich znajduje mechaniczne utrudnienie z powodu rozszerzenia znacznego żył macicznych i podbrzusznych w ciąży: co przyczynia się do wzmożenia ciśnienia wśródżylnego w nich, do uszkodzenia ściany naczynia i zaburzenia krążenia w *vasa vasorum*. Tem samem powstaje już t. zw. gotowość do zakrzepu. Do tego dołącza się jeszcze leżenie w połogu wpływające także na zwolnienie prądu krwi. Stwarza się tem samem *locus minoris resistentiae* dla infekcji w dolnych żyłach (miednicy i kończyn dolnych). Przypadki porodów operacyjnych choćby tylko po szyciu krocza, w których to spokojne leżenie jest przestrzegane wykazuje największy odsetek tromboz. Zwolennicy więc teorji mechanicznej kładą największy nacisk na przedoperacyjne wzmocnienie narządu krążenia środkami nasercowymi, unikania miażdżenia tkanek i mechanicznego uszkodzenia naczyń (ułożenia Trendelenburga, krępowania kończyn dolnych i t. d.), polecają gimnastykę oddechową i ruchową, jakoteż wczesne wstawanie po operacjach i w połogu. Dzięki temu postępowaniu zmniejszyła się ilość tromboz do połowy, a embolji do 1/3 (Jaschke, Walthard, Opitz, Rosthorn, Franqué, Stoeckel, Fehling i inni).

Jak infekcji nie można przypisać wyłącznego i bezpośredniego wpływu na powstanie zakrzepów, uwzględniwszy choćby tylko moment powstania tychże z dala od pola operacyjnego, tak również i teorja mechaniczna okazała się niewystarczającą. Dokładna obesrwacja kliniczna i badania laboratoryjne przyczyniły się do ujęcia pod względem etjologicznym czynników wywołujących zakrzepy i zatory w trzy zasadnicze grupy (podział Lubarscha):

1) zmiany w prądzie krwi,
2) uszkodzenie ścian naczyń,
3) zmiany fizyko-chemiczne krwi.

Ad 1). Wyżej omówione zmiany w prądzie krwi nie pozwalają nam dłużej nad tą sprawą się zatrzymywać.

Ad 2). Uszkodzenie nabłonka naczyniowego według Dietricha jest podstawą procesu krzepnięcia. Wzmożona zdolność resorbcyjna nabłonka naczyniowego wytworzona pod wpływem obcych substancji białkowych wywołuje w ustroju już t. zw. „gotowość do zakrzepów". W zaburzeniu wzajemnego stosunku między ścianą naczynia a składem krwi widzą Dietrich i Ritter podstawę do powstania zakrzepów. Nabłonek naczyniowy w przemianie materji między krwią a ścianą naczynia odgrywa główną rolę, a przez tworzenie trombiny i kinazy posiada wpływ na przeknięcie krwi. Krążące we krwi substancje białkowe czy to pochodzenia bakteryjnego czy z rozpadu komórek ustroju wywołują uczulenie i aktywowanie nabłonka, które ujawnia się w pomnożeniu i złuszczeniu komórkowem. Ciałami tymi drażniącymi mogą być bakterje lub ich toxyny exo- lub endogenne (enterokokki lub prątki okrężnicy), produkty rozpadu białka z ran septycznych, z krwiaków i wysięków pooperacyjnych, trucizny chemiczne, metale, nawet niewielkie ilości zwykłych używek (Ritter) dalej endogenne trucizny z rozpadających się komórek raka lub włókniaka. Zmiany fizyko-chemiczne krwi pooperacyjne — zaburzenie równowagi białkowej krwi wywołują również uszkodzenie nabłonka naczyniowego (Schönbauer, Heusser i Toennis).

Ad 3). W ostatnich latach zwrócono największą uwagę na zmiany fizyko-chemiczne we krwi po zabiegach operacyjnych i porodach i temu czynnikowi przypisują w etjologji zakrzepów największe znaczenie. Normalna krew posiada główną część swego białka pod postacią silnie negatywnych jonów kolloidowych i działa przez dyssocjację hamująco na krzepliwość krwi (Starlinger i Sametnik). Wskutek nieprawidłowych warunków następują zmiany tych właściwości białka krwi, zmiany w składzie chemicznym krwi, dzięki nadmiernemu wzmożeniu ciał białkowych (fibrynogenu i globuliny). Po operacjach stwierdzali przyspieszenie krzepliwości krwi i zwiększenie globulin Fischer-Wasels i Tannenberg, a dziesiątego dnia już stosunki prawidłowe. Killian, Nürnberger znajdywali zwiększenie krzepliwości krwi w pierwszych dniach po operacji; według Gragerta szybkość opadania krwinek idzie równolegle z krzepliwością krwi. Dokładne badania krwi po operacji Heussera i Syllera wykazały w pierwszych dniach po operacji zmniejszenie albumin surowicy, względnie zwiększenie globulin, zwiększenie fibrynogenu, i aglutynacji thrombocytów, lepkości krwi i przyspieszenie opadania krwinek. Ewans zwiększeniem ilości trombocytów i fibrynogenu w ciąży i po operacjach tłumaczy powstanie zakrzepów. Kraul stwierdzał również analogiczne zmiany we krwi u położnic, to znaczy zwiększenie fibrynogenu i przyspieszenie krzepliwości. Norman uzależnia zwiększenie ilości thrombocytów od ciężkości zabiegu względnie ilości utraconej krwi. Skrócenie czasu krzepliwości krwi wróży powstanie zakrzepów. Zauważyć należy, że podobne zmiany fizyko-chemiczne krwi stwierdza się także u kobiet w okresie menstruacyjnym. Nürnberger badając dokładnie przez kilka dni po operacji czas krzepliwości krwi — który u normalnego człowieka wynosi 5' — wykazał, że skraca się on znacznie w pierwszych dniach po operacji, a czwartego dnia wraca do normy. Jeżeli zaś nie powraca do normy czwartego dnia, lub po powrocie po kilku dniach znów spada, następuje wcześniej lub później ujawnienie zakrzepu. Moment djagnostycznie bardzo ważny. Boshamer, Ewing i Hamburger, Mendehall, Bolognesi, Jaschke przypisują przyspieszenie krzepliwości krwi zmianom chemicznym krwi pod wpływem narkozy eterowej. Następuje zaburzenie w równowadze między antitrombiną a trombiną, zmniejsza się bowiem ilość antitrombiny wskutek upośledzenia czynności wątroby. Z drugiej zaś strony w następstwie działania eteru rozpuszczającego tłuszcze dostają się do krwiobiegu kwasy tłuszczowe i lipazy, które zwiększają krzepliwość krwi. Wobec znajdywania fizyko-chemicznych zmian w krwi i zmian w nabłonku naczyniowym po operacjach i porodach Schnitzler zadaje słuszne pytanie dlaczego nie po każdej jednak operacji i porodzie powstaje tromboza? Inne czynniki muszą mieć więc wpływ decydujący. Nawet w obecności korzystnych warunków istnieje indywidualna „gotowość do zakrzepów". Najprawdopodobniej należy tych czynników dopatrywać się w cechach konstytucjonalnych, co zdaje się potwierdzać spostrzegane przez Schnitzlera i Grafego dziedziczne występowanie zakrzepów. Tem powojennem pogorszeniem konstytucji Sellheim tłumaczy wzrost zakrzepów w ostatnich latach. Wojna wychowała typ o mniejszej wartościowości gruczołów dokrewnych, zwłaszcza pieciowych (późna miesiączka, wojenna *amenorrhoea*), a w następstwie tego niedorozwój serca i systemu naczyniowego. (Schnitzler, Nobl) Lata wojny — fizycznego i duchowego wyczerpania wpłynęły także na osłabienie serca. Wobec chwiejnej równowagi kolloidowo-chemicznej składu krwi, nieodpowiednie odżywianie w czasie i po wojnie musiało nie pozostać bez wpływu na właściwości fizyko-chemiczne krwi i na uczulenie śródbłonka naczyniowego w myśl zapatrywań Dietricha co wyraziło się w zwiększonym odsetku zakrzepów. Podnoszenie przez niektórych autorów nowoczesnego leczenia (Roentgen, lampa kwarcowa, przetaczanie krwi, injekcje dożylne — Fahr, Linhardt, Niden) jako czynnika, który wpłynął na zwiększenie zakrzepów po wojnie nie znajduje potwierdzenia. Hegler, Adolph i Hopman, Martini dowodzą na dużym materjale wewnętrznym, że kilkakrotnie większa liczba zakrzepów dotyczyła osób nie leczonych injekcjami dożylnemi. Lues również nie wpływa na częstsze powstanie zakrzepów.

Na materjale naszym statystycznym obejmującym ilość porodów i operacyj ginekologicznych w okresie 5-cio letnim istnienia lecznicy O. Z. K. Ch. postaram się przedstawić odsetek zakrzepów i zatorów połogowych i pooperacyjnych, analizując poszczególne przypadki w celu etjologicznego ich wytłumaczenia. Na 2710 porodów spostrzegaliśmy 12 zakrzepów co daje 0.4%, a jeden przypadek zatoru tętnicy płucnej co równa się 0.03% w tem objęte także przypadki po porodach odbytych poza lecznicą. Dziesięć przypadków dotyczyło żył głębokich, a dwa powierzchownych uda w żylakowato zmienionych żyłach. Ujawnienie pierwszych objawów występowało w pierwszym tygodniu lub pod koniec drugiego, przyczem podnieść musimy, że w 4-ch przypadkach nie stwierdziliśmy zwyżki ciepłoty w pierwszych dniach połogu (objaw Michaelisa), ani szybkiego wznoszącego się tętna (objaw Mahlera), które to objawy mają wskazywać na grożące zakrzepowe zapalenie żył. Usadowienie dotyczyło obustronnych żył udowych głębokich w 5-ciu przypadkach, żyły lewostronnej głębokiej w 3-ch a w powierzchownej w dwóch,

a prawostronnej głębokiej w dwóch przypadkach. W następujących przypadkach można było bezsprzecznie stwierdzić przyczynę infekcyjną:

1. S. K. lat 23 wieloródka Lp. 90/30 przywieziona do lecznicy w ciężkim stanie septycznym w 3 dni po porodzie. Ciepłota 40°, tętno słabo napięte 120 uderzeń na minutę, arytmiczne, obustronna tromboza głębokich żył udowych. Ciepłota do 40° utrzymuje się przez 14 dni, posiew krwi wprawdzie jałowy lecz badanie Schillinga wykazało znaczne przesunięcie obrazu na lewo, w leukocytach wyraźne cechy degeneratywne.

2. Rodząca Z. W. lat 36, L. p. 626/27. pierwiastka — *insufficientia et stenosis mitralis*. Przywieziona do lecznicy po dwudniowej czynności porodowej z ciepłotą 38°, wody płodowe brudne cuchnące. Poród ukończono operacyjnie — kleszczami Kjellanda. Połóg od pierwszego dnia wykazywał zwyżki ciepłoty do 38°. W dziesiątym dniu tromboza żyły udowej lewej, pod koniec trzeciego tygodnia wystąpiła tromboza żyły udowej prawej.

3. Rodząca S. A. L. p. 649/30. wieloródka przyjęta do lecznicy po odejściu wód płodowych z ciepłotą 38.6°, położenie płodu poprzeczne. Wykonano obrót na nóżkę. W pierwszych dniach połogu ciepłota o charakterze septycznym powyżej 38° odchody cuchnące. Z końcem pierwszego tygodnia tromboza w obu żyłach udowych, z końcem drugiego tygodnia objawy infarktu płuc po stronie lewej.

4. Rodząca M. S. lat 28, pierwiastka, L. p. 193/28, wody płodowe, brudne, cuchnące, ciepłota 38°. Poród samoistny. Od pierwszego dnia połogu ciepłota dochodząca do 38°, odchody cuchnące, tkliwość macicy. Z końcem pierwszego tygodnia objawy trombozy żyły udowej prawej.

5. Rodząca S. H., lat 20. L. p. 188/29, pierwiastka, badana na mieście przyszła do lecznicy z temperaturą 37.4°, która po samoistnym porodzie podniosła się do 39° i utrzymywała się dłuższy czas powyżej 38°. Dziewiątego dnia po porodzie pierwsze objawy trombozy żyły udowej prawej.

Następny przypadek dotyczył wieloródki H. W. lat 25. l. p. 629/29. poród siłami natury — nie badana, w wywiadach przebyta rzeżączka. Celem uniknięcia ascendencji infekcji rzeżączkowej stosowano szczepionkę gonokokową. Z końcem drugiego tygodnia ujawnienie trombozy żyły udowej prawej. W powyższym przypadku można przyjąć infekcję rzeżączkową a także uszkodzenie śródbłonka naczyń przez podaż parenteralną białka obcego w myśl teorji Dietricha, wobec istnienia korzystnych warunków (t. zw. „gotowość do zakrzepów").

W obu przypadkach tromboz w powierzchownych żyłach udowych zmienionych żylakowato po porodach samoistnych u wieloródek, bez najmniejszego wzniesienia ciepłoty w pierwszych dniach połogu należy jako przyczynę powstania zakrzepu przyjąć miejscowe zwolnienie prądu krwi i zaburzenie w odżywieniu ścian naczyń. W czterech ostatnich przypadkach należy przyczynę infekcyjną wykluczyć, wszystkie bowiem dotyczyły samoistnych porodów bez jakiejkolwiek zwyżki ciepłoty w pierwszych dniach połogu. Pod koniec pierwszego lub w połowie drugiego tygodnia pierwsze objawy trombozy żył udowych. Jedyny przypadek embolji w trzecim dniu połogu dotyczył wieloródki lat 28 B. G. Lp. 41/29. z ciężką wadą serca *(insufficientia mitralis)* po porodzie operacyjnym (kleszcze Kjellanda). Powyższy więc materjał dowodzi istnienia przyczyny infekcyjnej w 50%, w reszcie natomiast należy szukać przyczyny z jednej strony w zmianach miejscowych naczyniach *(varices)*, z drugiej zaś strony wobec korzystnych warunków w ciąży wskutek utrudnionego odpływu z żył dolnego obszaru — w zwolnionym prądzie krwi jak również w zmianach fizyko-chemicznych krwi (Kraul) i w cechach konstytucjonalnych w myśl wywodów Sellheima, Grafego i Nobla.

Materjał operacyjny obejmuje 946 zabiegów, a mianowicie: 666 laparatomji (53 operacji Wertheima, 50 cięć cesarskich brzusznych, 196 całkowitych wycięć macicy i t. d.), 94 operacji sposobem Aleksandra Adamsa, 98 operacji pochwowych (26 całkowitych wycięć macicy drogą pochwy, 39 operacji plastycznych, 33 innych zabiegów jak cięć cesarskich pochwowych, wyłuszczenia włókniaków, sterylizacji, skrócenie więzadeł t. zw. vaginofixura), 88 plastyk pochwy w połączeniu z operacją Aleksandra Adamsa lub laparatomja. Po powyższych zabiegach mamy do zanotowania 21 tromboz żył udowych a dwie embolje płucne. Odsetek więc tromboz pooperacyjnych u nas wynosi 2.2%, a embolji i to śmiertelnych 0.20%. Szczegółowe przedstawienie rodzaju operacji jakotęż tychże przedstawia się następująco:

1) operacja Wertheima — *1 przypadek trombozy;*

2) wycięcie całkowite macicy w przypadkach włókniaków z tego jeden wykazujący daleko posunięte zmiany martwicze — *3 trombozy.*

3) odcięcie pochwowe macicy w trzech przypadkach dużych włókniaków — *3 trombozy;*

4) usunięcie guzów jajnika a to w dwóch przypadkach nowotworów złośliwych (ca i sa), a w czterech torbieli — *6 tromboz;*

5) ciąża pozamaciczna — *1 tromboza;*

6) cięcie cesarskie brzuszne szyjne — *1 tromboza;*

7) operacja Aleksandra Adamsa — *2 trombozy;*

8) plastyka w połączeniu z operacją Aleksandra Adamsa lub laparatomją — *4 trombozy.*

Dwa przypadki embolji tętnicy płucnej, z tego pierwsza wystąpiła 6-tego dnia po odcięciu nadpochwowem macicy z powodu włókniaków, a druga 4-tego dnia po operacji usunięcia dużej torbieli jajnika prawego u otyłej osoby 52-letniej ze zmianami degeneratywnemi w mięśniu sercowym. Z powyższej statystyki wynika, że zgodnie z ogólnie przyjętem zdaniem największy odsetek tromboz i embolji przypada na operację włókniaków, guzów jajnika i nowotworów złośliwych dających u nas w sumie 13 przypadków. Według statystyki Holzmana operacje włókniaków dają 3.1% tromboz a 1.25% śmiertelnych embolji, według Fehlinga 3.1—5% tromboz, a embolji 1.25%. Następnie największy odsetek tych powikłań dają operacje plastyczne pochwy w połączeniu z laparatomją lub operacją Aleksandra Adamsa, według Schuhmachera 3.44% tromboz i 0,43% embolji, u nas odsetek ten wynosi 4%, sumują się tutaj bowiem ujemne następstwa operacji brzusznej i operacji plastycznej. Na 50 cięć cesarskich brzusznych mamy do zanotowania jeden przypadek trombozy czyli 2%. Dotyczy on wieloródki, u której wykonano powtórnie cięcie cesarskie z powodu ścieśnionej miednicy. Po operacji ciężki stan septyczny i duże ropienie w powłokach. Rzadkości występowania trombozy po operacjach ciąży pozamacicznej przy istniejącem w krwisteku, z powodu wyzwalania się większej ilości antitrombiny ze skrzepów dowodzi także i nasz materjał. Na dużą ilość ciąży pozamacicznej spostrzegaliśmy tylko w jednym przypadku trombozę i to przy niepękniętej ciąży. Na 98 operacji pochwowych nie mieliśmy ani jednej trombozy i embolji. Na tę korzystną stronę operacji pochwowych pod tym względem zwracają także uwagę Schuhmacher i Calman, za wyjątkiem interpozycji dającej bardzo duży odsetek tromboz (3.7%). Jeżelibyśmy chcieli analizie poddać nasze przypadki pod względem etjologicznym to w dwóch przypadkach musimy przyjąć jako przyczynę lues, w następstwie uszkodzenia intimy (torbiel i plastyka), w 6 przypadkach infekcje, w pozostałych 14 infekcji nie dało się wykazać. W nich przyczyny należy dopatrywać się w zmianach degeneratywnych w mięśniu sercowym towarzyszącym włókniakom, następstwom laparatomji, pociągającej za sobą zwolnienie prądu krwi, alteracji naczyń w miednicy z powodu ucisku guzów narządu rodnego, jakoteż zmianom fizyko-chemicznym towarzyszącym urazowi operacyjnemu i uszkodzeniu śródbłonka naczyniowego przez narkozę inhalacyjną, przez endogenne jady z rozpadających się komórek tkankowych czy to nowotworów, czy też krwiaków i wysięków pooperacyjnych. Wpływ konstytucji nie jest również bez znaczenia. Umiejscowienie trombozy w 15-tu naszych przypadkach w żyle udowej lewej jako *„locus minoris resistentiae"* z powodu stosunków anatomicznych przemawia raczej za teorją mechaniczną.

Co do wpływu narkozy inhalacyjnej to zdania są podzielone. Wielu poważnych autorów wyżej wymienionych przypisuje jej dużą rolę w powstawaniu tromboz, inni jak Dötering, Nordman przeczą temu. W naszym materjale ilość tromboz po znieczuleniu lędźwiowem i narkozie inhalacyjnej jest równa.

Jak z naszej statystyki wynika nie można w każdym poszczególnym przypadku trombozy przypisać jednemu tylko czynnikowi wpływu decydującego lecz bezwzględnie cały szereg czynników różnej natury musi być uwzględniany. Odsetek tromboz i embolji połogowych na naszym oddziele w porównaniu z zagranicznemi statystykami jest wcale korzystny, a pooperacyjnych odpowiada mniej więcej przeciętnym cyfrom autorów zagranicznych. Uwzględniając powyższe czynniki etjologiczne, profilaktycznie powinniśmy zwalczać zwolnienie prądu krwi. Będziemy więc unikali narkozy inhalacyjnej, ułożenia Trendelenburga; następnie należy wzmacniać serce cardiacami, przed i po operacji stosować dokładną haemostazę, gimnastykę oddechową i ruchową jakoteż wczesne wstawanie po zabiegach operacyjnych i porodach (Döderlein, Krönig, Jaschke, Holzman, Stoeckel, Fehling i inni). Tyroxyna podawana przed i po operacji pobudza krążenie i wzmaga przemianę materji, a przez to zmniejsza ilość zakrzepów pooperacyjnych (Walters Klinika Mayo 0,04%). Przy żylakach natomiast należy polecać wczesne wstawanie i bandażowanie kończyn dolnych. Zangenmeister, Walthard propagują ruchy bierne i czynne, a sprzeciwiają się wczesnemu

wstawaniu. Odsetek jednak embolji połogowych autorów niestosujących gimnastyki w połogu nie jest większy (0,063% Bünzel i Mayer) od odsetka statystyki Walth arda i Jaschkego 0,018% i 0,07%. Uszkodzenie śródbłonka naczyń zredukujemy do minimum przez ścisłą aseptykę, nie zakładanie klem, unikanie ucisku kończyn na stole operacyjnym (Jaschke, Calman), dokładną haemostazę, delikatne podwiązywanie naczyń, nie miażdżenie tkanek, a przez to unikanie krwiaków i wysięków pooperacyjnych, których produkty rozpadu wchłaniając się uszkadzają śródbłonek. W celu zmniejszenia krzepliwości krwi radzą Lindquist, Schönbauer. Kümmel i inni podaż soli fizjologicznej lub roztworu cukru czy to kroplówką czy podskórnie lub dożylnie. Lemoniady i kwasy organiczne zmniejszają również krzepliwość krwi. Doświadczenia Londona, Buddego i Kürtena na zwierzętach, polegające na podwiązywaniu w dwu miejscach *vena lienalis* i przecięciu jej celem wywołania sztucznych zakrzepów a przez to „uodparniania“ przedoperacyjnego nie znalazły potwierdzenia w doświadczeniach Haberlanda, który dochodzi do wprost przeciwnych wyników. Nürnberger podwiązując żyły łokciowe u kobiet z włókniakami w 10—14 dni przed operacją nie uzyskał zmniejszenia tromboz pooperacyjnych. Środki chemiczne jak *Natrium citricum, Hirudyna, Novirudyna, Zincum sulfuricum* podawane dożylnie w celu zmniejszenia krzepliwości krwi nie nadają się do profilaktycznego stosowania z powodu działania trującego na mięsień sercowy i centralny system nerwowy (Vollkmann, Hovard, Kobert, Nürnberger, Starkenstein, Renaud i Juge, Neuhof i Hirschfeld, Sawada Adler i Wiechowski, Rieman i Wolf, Thies).

Decholina, Aolan i „Autohaemo“ nie przedłużają krzepliwości krwi. Dożylne injekcje amerykańskiego środka t. zw. Heparyny w roztworze soli fizjologicznej (Reed) przedłużają krzepliwość krwi do dwu godzin, a nawet w nielicznych przypadkach zupełnie znoszą krzepliwość. Nie znajduje się jednak w handlu w Europie, nie można go więc było wypróbować. Martin radzi podskórne injekcje *Calcium chloratum* w roztworze 0.1 na 100,0 w ilości 1 cm. przez 8—14 dni. Vogt radzi w celach zapobiegawczych usuwanie żylaków metodą Pawła Linsera (injekcje 5% roztworu soli kuchennej) lub injekcje *Varicophtiny*. Profilaktyka wprawdzie zmniejszyła odsetek tromboz (Jaschke, Krönig, Fehling, Döderlein, Stoeckel, Walthard i inni) jednak nie zadowoliła w zupełności, czego powyższe statystyki dowodzą.

Leczenie istniejących już zakrzepów polegające tylko na leczeniu objawowem, to znaczy na unieruchomieniu kończyny, okładach z lodu i octanu glinowego jest dla chorych bardzo przykre i długotrwałe. Henryk Fischer zaleca swą metodę leczenia zakrzepów, która znacznie skraca czas trwania cierpienia i zmniejsza niebezpieczeństwo zatorów. Na 2400 przypadków zakrzepu leczonych tych sposobem nie spostrzegał ani jednego zatoru płucnego Zakłada on uciskowy opatrunek plastrowy na kończynę z wyłączeniem stawu kolanowego i skokowego. W samem zaś miejscu usadowionego zakrzepu celem niedopuszczenia posuwania się zakrzepu wyżej z powodu wzmożonego ciśnienia, w następstwie wymienionego opatrunku, nakłada uciskową pelotę z waty w głębokiem rynienkowatem zagłębieniu, wytworzonem z dwu przeciwległych fałdów skóry spojonych plastrami. Calman lecząc powyższym sposobem zakrzepy wstrzykuje dośrodkowo od miejsca schorzenia roztwór sublimatu celem zamknięcia światła naczynia. Lecznicze działanie tej metody polega na zwężeniu światła żyły przez co zastawki stają się zamykalne, niedopuszczając do embolji i regulują w ten sposób normalne krążenie. Dobrze odżywiana ściana żyły przestaje być *locus minoris resistentiae* — proces zapalny szybko się cofa zakrzep się wchłania. Według autora opatrunki powyższe zakładać można nietylko na kończynach dolnych i górnych ale i na brzuchu. Wynik zależny jest od techniki zakładania — a czas cierpienia skraca się do 14 dni. Operacyjne leczenie zatorów może mieć tylko zastosowanie w przypadkach zatorów w tętnicach obwodowych, gdyż wówczas ratujemy kończynę od obumarcia. Usuwanie zatoru z tętnicy płucnej sposobem Trendelenburga dało dotychczas w 7 przypadkach wynik korzystny (Kirschner, A. W. Meyer). Zdecydowanie się jednak na powyższy zabieg jest bardzo trudne, a często z powodu nagłej śmierci spóźnione. Objawy bowiem niekiedy bardzo groźne, ustępują samoistnie, przeciwnie zaś objawy początkowe nie budzące obawy prowadzą mimo to do *exitus*. Co więcej znane są przypadki, w których przyszło do powtórnej śmiertelnej embolji po usunięciu operacyjnem pierwotnego zatoru (Läwen).

Podwiązywanie żył może znaleść usprawiedliwienie tylko w przypadkach zakrzepów pyemicznych (Martens, Sułtan, Schäfer). Dotychczasowe metody lecznicze nie dały nam jednak zadowalniających wyników, nic więc dziwnego, że w ostatnich czasach wobec nawoływań do powrotu do terapji humoralnej (Aschner) przypomniano sobie stary sposób leczniczy z przed 50 lat, to znaczy stawianie pijawek. Obecnie jednak ma ono uzasadnienie naukowe. Już w roku 1884 Haycraft wykazał, że wyciąg z pyszczka pijawki zapobiega krzepnięciu krwi in vitro. Wyciąg ten otrzymuje się drogą maceracji. Weil i Boyle dowiedli w doświadczeniach na zwierzętach, że pijawka może dać objawy haemophilji. Badania Termiera chirurga z Grenoble wykazały czasowe przedłużenie czasu krzepnięcia krwi po postawieniu pijawek od 2—15 minut. Wystąpił też on na zjeździe chirurgów w Paryżu w 1922 r. jako gorący zwolennik leczenia zakrzepów pijawkami. Przez zastosowanie pijawek uzyskał wyleczenie u 19 pacjentek z rozpoznaniem zakrzepowego zapalenia żył w przeciągu kilku dni. W 1925 r. opisał już 75 przypadków zakrzepów wyleczonych zupełnie pijawkami. Cały szereg francuskich chirurgów jak Julliard, Gonnet, Jeanin i Josseraud, Pallase i inni potwierdzili również dobre wyniki lecznicze. Na ostatnim zjeździe chirurgów w Paryżu sposób ten wywołał żywą dyskusję zakończoną wydaniem pomyślnego sądu o wartości leczniczej stosowania pijawek przy zakrzepach — przez chirurgów tej miary co Faure, Moquot, Sauve, Nicolas, Picot, Bloch i t. d.

Z autorów niemieckich Sulger i Bozsin (z kliniki w Heidelbergu) w 20 przypadkach tromboz pooperacyjnych osiągnęli pomyślne wyniki lecznicze po zastosowaniu pijawek. Obszerna praca Tholena obejmuje dwie serje przypadków tromboz leczonych pijawkami. Pierwsza obejmuje 30 przypadków zakrzepów połogowych pooperacyjnych i jako powikłań innych schorzeń; na 17 tromboz połogowych — wyleczono całkowicie 13 przypadków — w dwu nie zauważono wybitnej poprawy, a w ostatnich dwu dotyczących *phlegmasia alba dolens* żadnego działania nie było. Wynik ujemny przypisuje późnemu zastosowaniu pijawek i samemu schorzeniu jako takiemu nie ulegającemu zmianie pod wpływem hirudyny, co znajduje potwierdzenie także i u innych autorów. Z 6-ciu pacjentów z pooperacyjnem zakrzepowem zapaleniem żył 5-ciu reagowało bardzo dobrze a jeden skończył się śmiertelnie embolją płucną — w 6-tym dniu po postawieniu pijawek. Im wcześniej zastosowano pijawki, tem wynik pewniejszy i czas trwania krótszy. Stosował 1—2 pijawek w miejscu chorem jedno lub dwukrotne w odstępach 2—3-ch dniowych. Druga serja obejmuje dwadzieścia sześć przypadków:

15 połogowych, 5 pooperacyjnych, 5 po poronieniu i 1 w czasie ciąży.

W tej grupie zwiększył ilość pijawek (3—4), przyczem powtarzał hirudynizację aż do zupełnego ustąpienia objawów, przez co uzyskał większy odsetek wyleczenia niż w serji pierwszej. Czasokres potrzebny do zupełnego wyleczenia wynosił od 6—12 dni. Zachęceni pomyślnemi wynikami leczenia zakrzepów pijawkami — stosujemy od dwu lat to leczenie na naszym oddziele. Zależnie od nasilenia pierwszych objawów stawiamy na miejsce chore, jednorazowo 2—4 pijawek powtarzając ten zabieg 2—3 krotnie zależnie od cofania się procesu chorobowego. Skórę zmywamy eterem i wodą destylowaną. Pozostawiamy pijawki od 1—2 godzin, poczem zakładamy opatrunek uciskowy i lód. Materjał nasz obejmuje 9 przypadków zakrzepów połogowych w lecznicy, a dwa z praktyki prywatnej, zakrzepów zaś pooperacyjnych 9 z lecznicy. 1 z praktyki prywatnej, w którym rozwinął się zakrzep w powierzchownych żyłach obu ud na tle żylaków bez zabiegu operacyjnego.

Pozwolę sobie przytoczyć kilka charakterystycznych przykładów:

1) Położnica O. M. lat 25 L. p. 474/p. pierwiastka, poród siłami natury. Pierwsze dni połogu bez ciepłoty podwyższonej — 6-tego dnia po porodzie wystąpiły typowe objawy zaczynającego się zapalenia zakrzepowego żyły udowej lewej (bolesność wzdłuż przebiegu żyły, zwyżka ciepłoty i mierny obrzęk w okolicy kostki). Zaraz postawiono 2 pijawki w miejscu największej bolesności. Już w kilka godzin ustąpiły objawy subjektywne, a następnego dnia spadek ciepłoty i ustąpienie obrzęku, tak że położnica 4-go dnia po tym zabiegu mogła opuścić lecznicę.

2) Pierwiastka H. S. lat 20 L.p. 188/p. poród samoistny. Pierwsze dni połogu zwyżka ciepłoty do 38°. 9-go dnia wystąpiły objawy zakrzepu żyły udowej prawej. Postawiono natychmiast 4 pijawki — następnego dnia spadek ciepłoty do normy, ustąpienie bolesności. 3-go dnia jako zdrowa opuściła lecznicę.

3) Pierwiastka M. S. lat 28 L.p. 193/p. poród samoistny. W pierwszych dniach połogu stan podgorączkowy. W 6-ym dniu objawy zakrzepowego zapalenia żyły udowej prawej. Zaraz po-

stawiono 4 pijawki, tego samego dnia wieczorem ciepłota spadła do normy — bolesność prawie że ustąpiła. 3-go dnia bez objawów opuściła lecznicę.

W 4-tym przypadku przy objawach zakrzepu w żyle udowej lewej postąpiono identycznie (2 pijawki). Położnica w 7 dni potem bez objawów opuściła lecznicę.

W dwu przypadkach zakrzepowego zapalenia żył udowych powierzchownych na tle żylaków zaraz po wystąpieniu pierwszych objawów zakrzepu postawiono po 2 pijawki. Wynik leczniczy zupełny (3 i 5 dnia opuściły lecznicę).

Siódmy przypadek dotyczył wieloródki lat 23 Lp. 90/p. przywiezionej do lecznicy 3-go dnia po porodzie odbytym na mieście z objawami septycznymi — ciepłota 40°. W dwa dni później objawy zakrzepowego zapalenia żyły udowej prawej, postawiono 2 pijawki. Objawy miejscowe ustąpiły, ciepłota utrzymywała się (chociaż wykazywała znaczne obniżenie). W 8 dni potem wystąpiły objawy zakrzepu żyły udowej lewej, wobec czego postawiono znów 2 pijawki. W dwa dni później ciepłota spadła do normy i więcej się już nie podniosła, nieznaczny zaś obrzęk kończyn utrzymywał się kilka dni. Pacjentka musiała jednak pozostać w lecznicy przez 5 tygodni z powodu wyraźnego osłabienia mięśnia sercowego — poczem zdrowa opuściła lecznicę bez obrzęków i jakiegokolwiek upośledzenia w ruchach kończyn.

W 8-ym przypadku u wieloródki lat 38 A. S. Lp. 649/p. po porodzie operacyjnym 8-go dnia wystąpiły obustronnie objawy zakrzepowego zapalenia żył udowych głębokich. Postawiono po 3 pijawki na obie kończyny. Ciepłota z 38° następnego dnia spadła do normy — wobec jednak utrzymywania się miejscowych objawów po dwóch dniach powtórzono tę samą ilość pijawek. W kilka godzin potem wystąpiły objawy infarktu w płucach po stronie lewej. Teoretycznie przyjąć trzeba, że istnieje zwiększona możliwość powstawania zatoru po hirudynizacji przy zakrzepach. Trudno powiedzieć, czy zator nie wystąpiłby w tym przypadku w płucach i bez postawienia pijawek. W każdym razie przypadek powyższy nakazuje nam ostrożność stawiania zbyt wielkiej ilości pijawek przy zakrzepach w krótkim odstępie czasu (12 pijawek w przeciągu 60 godzin). Objawy infarktu po kilku dniach ustąpiły.

W dwu przypadkach nie spostrzegaliśmy wyniku dodatniego z powodu zbyt późnego postawienia pijawek. Bardzo charakterystycznym dowodem skuteczności leczenia zakrzepów pijawkami jest ostatni przypadek z lecznicy prywatnej, w którym po ciężkim porodzie operacyjnym (kleszcze Kjellanda) 5-go dnia wystąpiły wyraźne objawy zakrzepowego zapalenia żyły udowej powierzchownej prawej *(venae saphenae magnae)*. Dwukrotnie postawiono pijawki w odstępie dwudniowym — 9-go dnia po postawieniu pijawek pacjentka zdrowa opuściła lecznicę.

Na 9 tromboz pooperacyjnych mieliśmy bardzo dobre wyniki w 5-ciu przypadkach:

1) Chora T. M. lat 48 Lp. 154/g. 30 — 21/V. wycięcie całkowite macicy. W pięć dni po operacji wyraźny obrzęk kończyny dolnej prawej i bolesność łydki i wewnętrznej strony uda. 27. V. postawiono trzy pijawki. — 31. V. poraz drugi tę samą ilość. 3. VI. obrzęk i bolesność ustąpiły. 4. VI. już zastosowano masaż. 5. VI. chora wstała. Czasokres więc do zupełnego wyleczenia procesu chorobowego trwał 9 dni.

2. Chora D. J., lat 25, L. p. 82/g. 28. 15. III. operacja m. Aleksander Adams. 9-go dnia po operacji (24. III.) wyraźne objawy zakrzepowego zapalenia żyły udowej lewej. Zaraz postawiono 2 pijawki, objawy subjektywne następnego dnia ustąpiły, obrzęk jednak utrzymuje się — 31. III. powtórnie postawiono 2 pijawki — 6. IV. obrzęk zupełnie ustąpił. 7. IV. zastosowano masaż kończyny. Następnego dnia chora wstaje. Czas wyleczenia wyniósł 9 dni.

3. Chora K. B., lat 29. L. p. 180/g. 29. 7. IV. nadpochwowe odcięcie macicy z powodu włókniaka. 10. VI. objawy zakrzepu żyły udowej lewej. Postawiono 3 pijawki. 12. VI. bolesność zupełnie ustąpiła. 14. VI. bolesność wzdłuż przebiegu żyły udowej prawej, typowy strzykający ból w łydce. 17. VI. objawy się wzmogły wobec czego postawiono 3 pijawki. 21. VI. objawy w zupełności ustąpiły — chora wstaje. Proces chorobowy więc trwał 7 dni.

4. E. B., lat 28, L. p. 68/g. 29. 7. III. wycięcie przydatków po stronie prawej z powodu torbieli intraligamentarnej. 12. III. wyraźne objawy zakrzepu żyły udowej lewej. 13. VI. postawiono 3 pijawki, 6-go dnia objawy zupełnie ustąpiły. Chorej nie pozwolono opuścić łóżka z powodu wysięku pooperacyjnego, dozwolono jednak na ruchy kończyny bierne i czynne bez obawy.

5. M. M., lat 29, L. p. 553/g. 30. 26. V. powtórne cięcie cesarskie brzuszne. Zaraz po operacji stan septyczny. 4. VI. zakrzepowe zapalenie żyły udowej lewej — postawiono 3 pijawki — obrzęk i temperatura się utrzymuje. 7. VI. objawy ostrej niedomogi mięśnia sercowego, które po dożylnem podaniu strophantyny ustąpiły. 8. VI. powtórnie 3 pijawki. Po pijawkach pokrzywka jako objaw anafilaksji. 12. VI. obrzęk prawie zupełnie ustąpił. 14. VI. polecono masaż i ruchy kończyny. Z powodu ropienia w powłokach przedłużono pobyt w lecznicy.

6-ty przypadek dotyczył wystąpienia typowego obrazu *Phlegmasia alba dolens* po wycięciu całkowitem macicy z powodu rozległych włókniaków — które to schorzenie jak wiemy nie ulega żadnej zmianie przez hirudynizację.

W 7-mym przypadku zakrzepowego zapalenia żyły udowej lewej u chorej operowanej z powodu mięsaka jajnika — z obrazem krwi wykazującym silną niedokrewność nie uzyskaliśmy wybitnej poprawy po 1 razowem postawieniu 2 pijawek. Od powtórnego postawienia pijawek powstrzymał nas ciężki obraz anemji. Mimo to chora w 4-tym tygodniu mogła już wstawać.

8-my przypadek dotyczył osoby 62 letniej, w której bez jakiegokolwiek zabiegu wystąpiła tromboza obustronna żył powierzchowych uda. Chirurg polecił jej leżenie kilkutygodniowe. Po obustronnem postawieniu przezemnie 2 pijawek chora po 10 dniach opuściła łóżko.

W dwu ostatnich przypadkach nie osiągnęliśmy pożądanego wyniku, gdyż dopiero po dłuższem stosowaniu leczenia objawowego przyłożyliśmy pijawki. Oba te przypadki jak i cały szereg poprzednich nie leczonych pijawkami dyskredytują dotychczasowe objawowe leczenie, a przemawiają na korzyść tego ostatniego sposobu, to znaczy leczenia pijawkami. Leczenie bowiem objawowe niewstrzymuje procesu zapalnego i znacznych obrzęków kończyn co znów pociąga za sobą leżenie chorych przez okres 6—8 tygodni, w bardzo przykrych warunkach z powodu unieruchomienia kończyny i ciągłej obawy zatoru. Jakkolwiek ilość naszych przypadków nie jest dużą (21) jednak dotychczasowe doświadczenie pozwala nam sposób powyższy za Termierem, Tholenem i innymi polecić do jaknajszerszego zastosowania. Proces zupełnego wyleczenia zakrzepowego zapalenia żył w 60% przypadków pooperacyjnych trwał 6—10 dni, w przypadkach zaś położniczych osiągnęliśmy jeszcze korzystniejsze wyniki. W końcu należałoby się jeszcze zastanowić nad tem, w czem tkwi skuteczność działania postawionych pijawek. Czy mamy tu tylko do czynienia z upustem krwi, czy także jak chce Termier i Tholen z chemicznem działaniem hirudyny zawartej w pyszczkach pijawek?

Utratę krwi po ukąszeniu pijawki obliczają na 200 cm³ — a to nietylko z powodu wessania przez pijawkę, lecz z powodu następowego krwawienia z ranki utrzymującego się nieraz do dwu dni.

Najprawdopodobniej jednak także hirudyna z pyszczków pijawek dostaje się do krwiobiegu chociaż w nieznacznej ilości i zmniejsza krzepliwość krwi czy to dzięki łączeniu się z fermentem fibrynowym (Fuld, Moravitz) czy to przez niedopuszczanie do uwalniania się trombokinazy (Pekelharing). Termier idzie nawet dalej twierdząc, że hirudyna dostawszy się do krwiobiegu rozpuszcza już istniejący zakrzep.

Wprawdzie Sulger tylko niekiedy spostrzegał przedłużenie czasu krzepliwości po postawieniu pijawek, a działanie zasadnicze przypisuje jedynie upustowi krwi, to jednak nasza obserwacja kliniczna w przypadkach tromboz połogowych każe domyślać się także działania w kierunku zmiany chemizmu krwi. Prawie bowiem we wszystkich przypadkach powyższych spostrzegaliśmy do 24 godzin po postawieniu pijawek dość znaczne krwawienie *ex utero*. Dla uniknięcia tegoż stale też stosujemy obecnie po postawieniu pijawek środki wywołujące skurcz mięśnia macicznego (pituglandol, ergocornina, lód). Badania w kierunku zmian fizyko-chemicznych we krwi po postawieniu pijawek (krzepliwość, opadanie krwinek, czas krwawienia, ilość płytek krwi) rozpoczęte na naszym oddziele może potrafią potwierdzić nasze przypuszczenie.

Wspomnieć jeszcze należy o bardzo ważnej własności hirudyny, a mianowicie zdolności zwiększania fagocytozy i wytwarzania przeciwciał w surowicy krwi. Temu, jakoteż i upustowi krwi należy prawdopodobnie przypisać spadek ciepłoty przy zakrzepach po postawieniu pijawek.

Piśmiennictwo.

1) Adolph i Hopman: Med. Klinik. 1928. Nr. 46. — 2) Bucura: (Wien. Klinik. Wochsch. 1922, Nr. 47). — 3) Boshamer (Klinik. Wochschr. 1927. Nr. 16.). — 4) Bülteman: Zblt. Gyn. 1929, Nr. 20. — 5) Calman: Zblt. Gyn. 1928, Nr. 37. — 6) Chauvin, Esmenard et Jaur (Marseille): Rev. mens

Gyn. et Obstetr. Bd. XIII. Nr. 2. 1926. — 7) Cotté et Villard. Bull. d. l. Soc. d. Obstetr. e tde Gynec. 1929, Nr. 1. — 8) Détering, Bruns: Beitr. 144.416. — 9) A. Dietrich: Münch Med. Woschr. 1929. Nr. 7. — 10) Döderlein-Krönig: Ginekologja operacyjna. — 11) A. J. Eidels: Inaug. Diss. Kiel. 1923. — 12) Ewans: Lancet 216. 185. 1929. — 13) Fahr: Klin. Woschr 1927. Nr. 46. — 14) Franqué: Dtsch. med. Woschr. 1928, 335. — 15) Fischer-Wasels i J. Tannenberg: Dtsch. med. Woschr. 1929. Nr. 13/14. — 16) H. Fischer: Med. Klinik. 1910, Nr. 30. i 1923. Nr. 40. — 17) Forgue-Ritter: La Presse med Nr. 66, 1929. — 18) Grafe: Münch. med. Wschr. 1924, 643. — 19) Gragert: Zblt. Gyn. 1927, Nr. 26. — 20) Ch. Gordon-Watson: Brit. med. Jour. Nr. 3415. — 21) Haberland: Zblat. f. Chir. 1925, 20 i Münch. med. Wschr. 1925. Nr. 14. — 22) Hegler: Zblt. inner. Med. 1926, 932 i 928, 729. — 23) Hochenbichler: Wien. med. Wschr. 1926, Nr. 38. — 24) Helly: Schweiz. med. Wschr. 1925. 39. — 25) Holzman: Schweiz. med. Wschr. 1924. 25. — 26) Heuser: Dtsch. Z. f. Chir. 210, 132. — 27) Hoering: Dtsch. Z. f. Chir. 207, 360. — 28) Jaschke. Zblt. Gyn. 1927. Nr. 26, i Arch. f. Gyn. 129, r. 1927. — 29) G Jefferson: Zblt. Gyn. 1927, Nr. 26. — 30) Jossraud i Jeannin: C. r. Soc. Biol. 97. 1920. — 31) H. Killian: Dtsch. Zeit. f. Chir. Bd. CCI. Hft. 3 i 4. — 32) Kraul (Klinika Peham). Zblt. f. Gyn. 1927, Nr. 26. — 33) Krieger: Zblt. Gyn. 1930, Nr. 14. — 34) London: Erg. Ges. Med. 1925, Nr. 6. — 35) Lubarsch: Haematologica 5 (1924). — 36) Lian et Moure: (Presse med. 1925). — 37) Läwen: Zentralblt. Gyn. 1927, 26. — 38) Lindquist: Acta Obstetr. Scand. 8, 209/248. 1929. — 39) Mayer: Zblt. Gyn. 1929. 44. — 40) Martin: Zblt. Gyn. 1930. 27. — 41) Martens Sultan: Med. Welt 1930. Nr. 23. — 42) Martini: Münch. med. Wschr. 1928. Nr. 37. — 43) A. W. Meyer: Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. CCV. Hft. 1 i 2. — 44) Moliński: Inaug. Diss. Breslau 1924. — 45) Michaelis: Gyn. Rundschau 1919. — 46) E. Norman: Dtsch. Z. Chir. 212. 166. — 47) Nürnberger: Zblt. f. Gyn. 1927, Nr. 26, 1920 Nr. 27, i med. Klin. 1930, Nr. 17. — 48) Oberndorfer: Münch. med. Wschr. 1928. Nr. 16. — 49) de Quervain: Schw. m. Wschr. 1925. 39. — 50) A. Ritter: Dtsch. med. Wschr. 1928, Nr. 47. — 51) M. Rénaud: C. r. Soc. Biol. 1924. Nr. 6. — 52) Meyer-Rüegg: Schw. M. Wschr. 1924. — 53) Savoda, Thies, Reed, Vietinghoff-Scheel według Bültemana: Zblt. 1929. Nr. 20. — 54) Sellheim: Zblt. Gyn. 1926. Nr. 32. — 55) Schnitzler: Wien. Klin. Wschr. 1926, Nr. 1, 1928, 1767. — 56) Schuhmacher: Zblt. Gyn. 1927. — 57) Starlinger i Sametnik. Klin. Wsch. 1927. Nr. 27. — 58) Stoeckel: Podręcznik położnictwa. — 59) Schönbauer: Arch. Klin. Chir. 149, 1. — 60) Sulger: Zblt. Gyn. 1928. Nr. 25, Dtsch. Z. Chir. 216, 175. — 61) Syller Bruns': Beitr. 145.322. — 62) K. Schulz: Zblt. Gyn. 1929. Nr. 51. — 63) Wilhelm Seipp: Inaug. Diss. Frankfurt 1924, Zblt. Gyn. 1926. — 64) Toenis: Beitr. Klin. Chir. 147, 249. — 65) Tholen: Klin. Wsch. 1929. Nr. 34. — 66) Termier: cyt. przez Tholena. — 67) Vogt: Zblt. Gyn. 1926. — 68) Walters: według A. Mayera. — 69) Walthard: Zblt. Gyn. 1927. — 70) Zurhelle: Arch. Gyn. 84. — 71) Zangemeister: Zblt. Gyn. 1927.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Ignacy KONIECPOLSKI. Częstochowa.

Nadciśnienie samoistne jako cierpienie często spotykane wśród żydów.

Czasy powojenne z ich częstymi wstrząsami psychicznymi, ze stałem niejako zaburzeniem równowagi psychicznej przyczyniają się do tego, że nadciśnienie samoistne tak często się obecnie spotyka. Wie o tem także publiczność. Dziś już sami pacjenci upominają się o zmierzenie im ciśnienia. Co więcej, między publicznością wytworzył się nowy rodzaj choroby, — mianowicie obawa przed nadmiernem ciśnieniem. Że winę tego stanu publiczności ponoszą lekarze, to nie ulega wątpliwości. Lekarz swem niewłaściwem względnie nieopacznem postępowaniem wobec chorego wyrządza mu dużą krzywdę. Uświadamiając chorego co do znaczenia nadciśnienia, czyni często z człowieka o dobrem samopoczuciu i zdolnego do pracy, — człowiekiem ciężko chorym i zupełnie niesprawnym. To też nie brak w piśmiennictwie zawodowem ostrzegawczych głosów pod adresem lekarzy, co do postępowania z chorymi w związku z mierzeniem ciśnienia krwi.

Wstrząsy psychiczne wpływają na powstawanie nadciśnienia samoistnego, drogą nerwu współczulnego. Ale napięcie nerwu współczulnego i stan nerwu błędnego stanowią tylko jedno ogniwo z całego łańcucha czynników branych w rachubę, kiedy idzie o wytłumaczenie powstawania nadciśnienia samoistnego. Wiadomo przecież jak ważną podstawę działania nerwów autonomicznych przedstawia stan elektrolitów. Chodzi o wapń i potas we krwi hipertoników: ilość Ca jest obniżona, natomiast K wzrasta. Wiemy także że we krwi osób z nadmiernem ciśnieniem samoistnem często się stwierdza nadmiar cholestearyny. Dalej nikt nie wątpi o znaczeniu: czynności gruczołów wkrewnych, czynników konstytucjonalnych i praw dziedziczenia. W 78% chorych dotkniętych nadciśnieniem samoistnem, rodzice ich ginęli z powodu udaru. Natomiast nadużywanie alkoholu nie odgrywa w powstawaniu nadciśnienia samoistnego tego znaczenia, jakie zwykliśmy byli do niedawna przyjmować. Przekonały o tem mierzenia ciśnienia krwi u alkoholików. Natomiast uwaga nasza zwraca się na znaczenie nikotyny w powstawaniu nadciśnienia. Bez zastrzeżeń jednak nie można się obyć.

Wśród swoich pacjentów żydów z nadciśnieniem samoistnem wysokiego stopnia, spotykałem się często z zupełną abstynencją, natomiast u chrześcijan mimo spożywania nadmiernego alkoholu ciśnienie krwi nie przekraczało granic odpowiadających danemu wiekowi. Nie częstem jest nadużywanie alkoholu u kobiet a zwłaszcza żydówek, a jednak tak często u tych ostatnich nadciśnienie samoistne się spotyka.

Zastanawiającem jest, że w dociekaniach nad patogenezą nadciśnienia samoistnego uwzględnia się cały szereg czynników (o nie wszystkich tu wspomniano), a tak zwraca się mało uwagi na właściwości rasowe.

Zdaniem moim niesłusznie. Badając ciśnienie krwi z małymi wyjątkami, u wszystkich swych pacjentów, podpadło mi pod uwagę, że nadciśnienie samoistne spotyka się daleko częściej u żydów, niż u chrześcijan. Do dalszych moich badań będzie należało także, stwierdzenie u żydów hipertoników jakości grup serologicznych. Wiadomo bowiem, że hipertonicy należą najczęściej do grupy B i AB.

Wł. SZUREK. Lwów.

Rzadki przypadek nieprawidłowości rozwojowej narządu moczowego.

Z kazuistyki Instytutu anatomji patologicznej U. J. K.

Powikłane stosunki rozwojowe narządu moczo-płciowego tłumaczą nam częstość nieprawidłowości rozwojowych tego narządu. Jeżeli chodzi o narząd moczowy, to zmiany te dotyczą przedewszystkiem wielkości, postaci, budowy wewnętrznej położenia, wreszcie liczby nerek i moczowodów.

Wyrazem pewnej nieprawidłowości rozwojowej w małym stopniu są t. zw. nerki płatowe, spotykane dosyć często u dzieci. Płatowość w tych przypadkach jest następstwem utrzymania się w życiu pozapłodowem brózd, które w życiu płodowem oddzielają od siebie pierwotne zawiązki nerek *(renculi)*, przez co poszczególne systemy kanalików lub grupy tych systemów są od sąsiednich mniej lub bardziej wyraźnie odgraniczone. Odgraniczenie to w rzadkich przypadkach może być tak znaczne, że mówimy wówczas o nerkach nadliczbowych. I wtedy jednak najczęściej dwie nerki po jednej stronie są zewnętrznie ze sobą zrośnięte w ten sposób, że posiadają odrębne główne kielichy, a wspólną miedniczkę i moczowód *(ren duplicatus*, Kaufmann). Do wyjątkowych zjawisk należą t. zw. prawdziwe nerki nadliczbowe, gdzie każda nerka jest od innych zupełnie oddzielona i zaopatrzona w własną miedniczkę, moczowód i naczynia krwionośne. Podobne przypadki opisali w piśmiennictwie angielskiem Dixon i Mills.

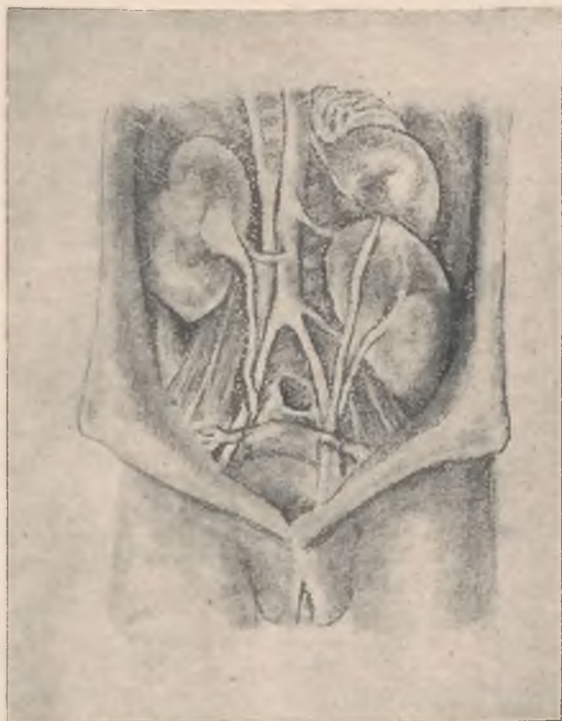
Trzymając się ogólnie dziś przyjętego, dualistycznego poglądu na rozwój narządu moczowego, tłumaczymy sobie te nieprawidłowe stosunki rozwojowe w następujący sposób: Z ściennego listka mezodermy z każdego boku jamy ciała zarodka rozwija się wypuklenie a w niem szereg cewek (przednercze, pronephros), które, łącząc się z sobą, tworzą przewód przednercza. Ostatni, rosnąc ku tyłowi, rozwija się w t. zw. przewód pranercza lub Wolffa (mezonephros), uchodzący do steku. Z tylną częścią tego przewodu łączą się t. zw. cewki pranercza, tworzące ciałko Wolffa, które rozwija się ze ściennego listka mezodermy a mianowicie z odcinków, stanowiących połączenie prakręgów z bocznemi blaszkami mezodermy, ograniczającemi jamę ciała. Nerka ostateczna (metanephros) powstaje częściowo z tylnej części prze-

wodu Wolffa czyli pierwotnego moczowodu jako jego wypuklenie, z którego tworzy się moczowód, miedniczka, kieliszki i drogą ciągłego podziału kanaliki proste czyli ta część nerki, która odpowiada istocie rdzennej. Kanaliki kręte i kłębuszki, czyli część nerki, odpowiadająca istocie korowej, rozwija się z pranercza, zw. ciałkiem Wolffa, w ten sposób, że masa tkankowa, rozwijająca się z niego, otacza w postaci czapki część rdzenną. Kanaliki części korowej otwierają się dopiero następowo do kanalików części rdzennej. Jeżeli z przewodu pranercza po jednej stronie rozwiną się drogą pączkowania nie jeden, lecz dwa ostateczne moczowody, wytwarzające w dalszym rozwoju każdy dla siebie osobną miedniczkę oraz system kieliszków i kanalików prostych, a każdy z tych dwuch zawiązków nerek zostanie otoczony od zewnątrz oddzielną masą tkankową, rozwijającą się z ciałka Wolffa, to wówczas końcowy wynik tych stosunków rozwojowych stanowić będą dwie oddzielne nerki po jednej stronie, każda z własną miedniczką i moczowodem.

Nieprawidłowość rozwojowa, którą opisuję odnosi się do narządu moczowego dziecka płci żeńskiej. Dziewczynka trzymiesięczna, zmarła w szpitaliku św. Zofji, wśród objawów nieżytu przewodu pokarmowego i zapalenia płuc.

Oględziny zwłok wykazały, co następuje: Budowa delikatna, stan odżywienia w wysokim stopniu podupadły. Skóra blada o skąpych plamach pośmiertnych. W obu dolnych płatach płuc stwierdzono rozległe nieżytowe zapalenie. Żołądek i jelita były w znacznym stopniu rozdęte, ich błony śluzowe zgrubiałe, bez zwykłego połysku, z przerosłym aparatem chłonnym.

Po usunięciu jelit zwróciła uwagę obecność trzech nerek, jednej po stronie prawej i dwuch po stronie lewej. Nerka z prawej strony umiejscowiona na swem zwykłem miejscu była wnęką zwrócona ku przodowi tak że moczowód i naczynia gubiły się w jej przedniej powierzchni niedaleko wewnętrznego brzegu. Wielkością górowała ona nad dwoma innemi nerkami (dł. 40 mm, szer. 23 mm, grub. 13 mm). Postacią różniła się od nerki normalnej. Przednia jej powierzchnia była płaska, tylna wypukła, brzeg zewnętrzny zaokrąglony, wewnętrzny bardziej ostry, tak, że na poziomym przekroju przypominała klin. Zresztą moczowód (długi 63 mm) i naczynia krwionośne tej nerki miały przebieg prawidłowy.



Renes tres (Vitium formationis (Prot. sekcji 465/29). Osobne moczowody. Osobne tętnice (dwie do nerki dolnej lewej). Kob. 3 mies.

Po lewej stronie jedna nerka, mniejsza od poprzedniej (dług. 29 mm, szer. 16 mm, grub. 14 mm), leżała nieco wyżej, niż prawidłowo, i była prawidłowej postaci, o wnęce zwróconej do kręgosłupa. Moczowód jej długości 80 mm biegł ku dołowi po przedniej powierzchni nerki, niżej leżącej, wyginając się lekko ku przodowi z powodu znacznie głębszego umiejscowienia nerki górnej, niż dolnej. Przebieg naczyń był skośny, t. j. od środka ku górze i na zewnątrz.

Nerka lewa, niżej leżąca, była nieco większa od poprzedniej (dług. 33 mm, szer. 21 mm, grub. 11 mm). Była ona położona bardziej przyśrodkowo i skośnie, tak, że, górną połową spoczywała na kręgosłupie przyczem biegun jej górny dochodził do linji środkowej ciała, podczas gdy biegun dolny był od niej odległy na 25 mm. Wnęka jej zwrócona była lekko ku przodowi. Z powodu dosyć ostrych biegunów podobna była postacią do dwuwypukłej soczewki. Moczowód jej długości 45 mm biegł poza i nieco na zewnątrz w stosunku do moczowodu nerki górnej. Obydwa te moczowody na swej całej długości były zupełnie od siebie oddzielone i drożne a uchodziły tuż obok siebie do pęcherza moczowego w tem miejscu, gdzie normalnie uchodzi moczowód lewy. Naczynia krwionośne nerki dolnej przedstawiały się o tyle nieprawidłowo, że była ona zaopatrzona w dwie tętnice, z których jedna odchodziła od tętnicy brzusznej 12 mm powyżej jej rozgałęzienia i gubiła się w miąższu nerki na tylnej powierzchni górnej jej połowy. Tętnica druga odchodziła od tętnicy biodrowej wspólnej prawej tuż poniżej rozgałęzienia się tętnicy brzusznej, następnie przebiegając poziomo, wchodziła do wnęki. Najmniejsza odległość między nerkami po stronie lewej wynosiła 5 mm.

Badanie drobnowidowe skrawków z nerek wykazało, prócz zmętnienia i zziarnienia nabłonków kanalików prawidłowo rozwiniętych, nieliczne ogniska komórek krągłych, wielkich, zbliżonych do typu embrjonalnego i będących w okresie wytwarzania nowych kanalików. Stan ten dowodzi, że, proces rozwoju wewnętrznego nerek nie został jeszcze w zupełności ukończony.

W innych narządach przy oględzinach wewnętrznych zwłok zmian nie stwierdzono.

Przypadek opisany jest niewątpliwie rzadkim i ciekawym Stwierdzenie obecności trzeciej zupełnie oddzielonej i sprawnie działającej nerki miałoby niemałe znaczenie w przypadku gdyby zaszła potrzeba usunięcia dwuch nerek innych.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Prof. L. Bard: *L'emphysème diagnostic - traitement.* Wydawn. G. Doin et Cie. Paryż 1930.

Monografja Barda obejmująca 60 stron formatu 8⁰ jest częścią oddzielną najnowszego wydania francuskiego t. zw. „Ilustrowanej praktyki lekarskiej" wychodzącej pod kierunkiem Sergenta. Pomimo tego daje ona czytelnikowi więcej, aniżeliby można się tego spodziewać, wnioskując z jej celu. Przedewszystkiem sam temat wybrany do opracowania dotyczy zagadnienia, do którego lekarz praktyczny niebardzo się spieszy, znając doskonale objawy i leczenie rozedmy. Klinicysta natomiast znajduje w tym temacie nie jednostkę chorobową lecz szereg różnych postaci chorobowych, które medycyna określiła jednem mianem rozedmy, czyniąc to tylko w związku z jednolitością zmiany anatomicznej. Jednak etjologja tych chorób nie jest wspólna. Wszak przyczyny do ich powstania są tak różne. To też i obraz kliniczny tych chorób bardzo się różni, wymaga zatem dokładnego rozpoznania, a wreszcie stosownego leczenia. Opierając się na tych podstawach przedstawia autor poszczególne postacie rozedmy, opisując je osobno ze stanowiska anatomicznego, a osobno klinicznego, jako choroby („l'emphysème — maladie"). W klinice rozedmy używa autor swojego oryginalnego podziału, uwzględniającego etjologicznie nadczynności płuca z przyczyn ogólnych, lokalnych, nierównowagę faz oddechowych i procesy atroficzne. Każda z tych grup mieści w sobie jeszcze szereg poddziałów wśród których szczegółowo została omówiona gruźlica. Następnie omawia autor znaczenie czynników patogenetycznych oraz podaje wytyczne współczesnego lecznictwa rozedmy płuc. Pracę uzupełniają 4 instruktywne zdjęcia roentgenowskie w tekście. Całość jest wzorowym wykładem klinicznym podanym w sposób przystępny tak dla lekarza jak i studenta.

Z. Tomanek (Lwów).

F. Henrijean: *Le coeur, Les medicaments cardiaques et l'Electrocariogramme. (Serce, leki nasercowe, elektrokardiogram).* Masson et Cie. Paris. Cena 50 fr. Wydanie drugie.

Musi to być rzecz niecodzienna jeżeli zjawia się w wydaniu drugiem a ponadto jeżeli przedmowę do niej pisze kardjolog tej miary co H. Vaquez w Paryżu.

Z pięknej przedmowy kilka myśli i uwag. Zdaniem Vaquez'a cel do którego dąży autor i w dawniejszych pracach swoich i w niniejszej książce obejmuje: wyjaśnienie mechanizmu serca badając czynniki lecznicze działające na czynność serca, ponadto wyzyskując wszelkie najnowsze sposoby badania. Rewizja dotychczasowych poglądów o zadaniu niezróżniczkowanego utkania mięsnego serca i wytwarzania podniet i rozprowadzenia ich po całym narządzie, również i rewizje poglądu przypisującego utkaniu nerwowemu właściwości regulacyjne — stanowi zasługę autora. Serce — przeżywające swoją śmierć, jak się wyraża Vaquez — objawia nam na krzywej elektrokardiograficznej zjawiska wielkiej wagi teoretycznej i praktycznej i słusznie autor wykazuje, że elektrokardjogram jest sumą algebraiczną zjawisk elektrycznych pochodzących częścią z utkania swoistego, z narządu kierowniczego a częścią z czynnego utkania kurczliwego. Omawiając znaczenie jonów K i Ca dla serca podkreśla Vaquez braki naszych wiadomości i twierdzi, że żyjąca komórka a w szczególności serca, nie podlega prawom zbyt prostym; posiada ona swoistą indywidualność: „zanurzona w środowisku nadzwyczajnie skomplikowanem i nagabywana przez siły różnorodne, oddziaływa rozmaicie zależnie od składu tegoż środowiska; — odkryć przyrodę i rozmiar tego oddziaływania nie zdołają najdoskonalsze badania chemiczne ani anatomiczne!" Otóż badania autora mogą dać klucz do rozwiązania tych problemów: ponadto te badania zdają się przemawiać za istnieniem nader licznych, (właściwie) niezliczonych ośrodków kierowniczych o wielkiej rozmaitości działania.

Na końcu swej przedmowy powiada Vaquez o autorze jako zapalonym pielgrzymie wiedzy — którego Francja zazdraszcza Belgji.

Książka o 416 stronicach i 187 figur w tekscie niestety nie nadaje się do streszczenia krótkiego. Treść rozdziałów da pojęcie czytelnikowi o bogactwie tematów, które autor porusza.

Rozdział I. Anatomja serca.
Rozdział II. Elektrokardjogram. (22 stronic).
Rozdział III. N. pneumogastricus.
Rozdział IV. Działanie adrenaliny.
Rozdział V. Działanie n. błędnego prawego i lewego.
Rozdział VI. Działanie leków nasercowych na nerwy serca.
Rozdział VII. Możliwość wpływania na działalność leków nasercowych.
Rozdział VIII. Wpływ jonów na toksyczność leków nasercowych.
Rozdział IX. Działanie leków na skurcz przedsionków.
Rozdział X. Uwagi ogólne [1]).
Rozdział XI. Badania elektrokardjograficzne.
Rozdział XII. Działanie chloroformu, chloralu, eteru na Ekg.
Rozdział XIII. Fizjologja serca zarodkowego czyli przyrząd kierujący.
Rozdział XIV. Teorja skurczu sercowego. Wnioski.

Pisek (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 34, z 21 sierpnia 1930: B. Hermelinowa: Erythema infectiosum na tle endemji w zakładzie zamkniętym. — W. Grzywo-Dąbrowski: Alkoholizm a samobójstwo. — H. Landau: O badaniu czynnościowem wątroby i badaniach pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń wątroby i dróg żółciowych (Streszcz. pogląd. c. d.). — M. Kacprzak: Z zagadnień sanitarnych Francji.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 34, z 24 sierpnia 1930: S. Otolski: Fosfor i jego związki stosowane w lecznictwie. Sprawy zawodowe.

---

[1]) Jedna z ważniejszych: Miarowa czynność serca prawidłowego widocznie zależy od ściśle oznaczonej zawartości jonów w płynach, w których serce się kąpie, od jonów z pośród których wapń i potas odgrywają rolę przeważną.

Rola jonów tych prawdopodobnie bardziej występuje w sercu zarodkowem — w przyrządzie „kierowniczym" aniżeli w przyrządzie mięśniowym — który najprawdopodobniej odgrywa rolę podrzędną a nawet żadnej w powstawaniu i rytmie skurczów.

Gastrologja Polska, tom II, nr. 3, z lipca 1930: B. Weinert: Spostrzeżenia i uwagi w sprawie raka żołądka. — Fr. Niewiadomski: Chirurgja współczesna, a rak żołądka. — B. Kryński: Rola radjologji we wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka. — A. Kapłan: Zagadnienie przedziurawienia wrzodu trawiennego. — J. Grundzach: O mechanizmie działania wód mineralnych czyszczących (Teorja Sanarelli'ego).

Therapia nova, rok II, nr. 7, z lipca 1930: H. M. Nowiński: Biologiczne rozpoznawanie wczesnej ciąży. — A. K.: Promieniotwórczość i jej zastosowanie w lecznictwie.

Wiadomości Kas chorych, rok I, nr. 9, z 1 sierpnia 1930: Dział urzędowy. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Z życia Kas chorych. — Kasa chorych m. Warszawy. — Dział sprawozdawczy.

Polski przegląd radjologiczny, tom V, zeszyt 1—2, z r. 1930: E. Meisels: Choroba Pageta i torbielowato-włókniste schorzenie kości. — W. Kukowka: Uwidocznienie dróg moczowych na zdjęciach za pomocą pyelognostu i uroselektanu. — A. Osiński i M. Welfe: Leczenie róży promieniami Roentgena. — B. Grynkraut: Nowotwory, a czynniki świetlne i uczulające. — E. Bruner: O leczeniu owrzodzeń popromiennych skóry. — H. Reznikow: O przesłonie ochronnej własnego pomysłu. — W. Zawadowski: Kilka uwag o stanie obecnym radjologji niemieckiej.

Medycyna warszawska, nr. 16, z 21 sierpnia 1930: E. Wilczkowski: Praktyczne wskazówki dotyczące techniki stosowania zimnicy w celach leczniczych. — St. Leśniowski: Nowoczesne sposoby leczenia chorób kiłowych układu nerwowego ze szczególnem uwzględnieniem leczenia malarją. — P. Speidel: O leczeniu radem nowotworów złośliwych.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XIX, nr. 9., z 15 sierpnia 1930: Sprawozdanie z Walnego Zebrania Polskiego Towarzystwa balneologicznego w r. 1930. — A. Maciąg: Czynnościowe schorzenia układu krążenia na tle niezborności układu wegetatywnego.

Kobieta współczesna, nr. 35, z r. 1930: J. Ginett-Wojnarowiczowa: Domy mieszkalne dla pracujących kobiet budowanych zagranicą.

Dziecko i matka, rok V, nr. 16, z r. 1930: M. Czerkawska: Wiersz: Babie lato. — Z. A. Wołowska: Harcerskie zabawy dla dzieci. — M. Dobrowolska: Przedszkole z niczego. — M. Benisławska: Matka. — F. Łuniewska: Higjena porodu. — W. Weissmann: O durze brzusznym. — P. Gleich: O chorobach serca u dzieci.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Bratislavské Lekařske Listy.

Rocznik X. Zeszyt 3. Marzec 1930.

Prof. Netaušek i Šimer: *Patogeneza niedomogi krążenia.* Problem niedomogi krążenia jest zagadnieniem ilościowem. Celem osądzenia czynności narządu krążenia należy wziąść pod uwagę szereg czynników jak krew krążącą i deponowaną, całkowitą objętość krwi krążącej, czas krążenia, szybkość prądu krwi, objętość prądu. To jest ilość krwi płynącej przez naczynie lub narząd w pewnym okresie czasowym. Objętość prądu w jednej minucie jest objętością minutową i równa się objętości pulsowej pomnożonej przez liczbę skurczów w minucie. Wartości podanych nie można bezwzględnie mierzyć dokładnie. Zwłaszcza oznaczenie objętości pulsowej wymaga dokładnej metody klinicznej. Krążenie służy odżywianiu i to przeważnie transportowi gazów oddechowych. Różnicę między zawartością tlenu we krwi tętniczej a żylnej nazywamy różnicą tętniczo-żylną („difference arterivenosui"). Celem podstawowym krążenia jest utrzymywanie objętości minutowej na odpowiednim poziomie. Wzmożone wymagania może narząd krążenia kryć bądź zwiększonem zużyciem tlenu tętniczego bądź zwiększoną objętością minutową. Problem zachowania się krążenia jest niejasny. Podnietą do wzmożenia krążenia regulującego jest rosnąca koncentracja tworów metabolizmu tkankowego, zwłaszcza tlenku węgla i kwasów wogóle. Na obwodzie regulacja naczynio-ruchowa urzeczywistnia się zmianami oporu w tętnicach i zmianami pojemności w żyłach

Co się tyczy dynamiki serca, zależy wyczyn skurczu komorowego od stopnia napełnienia rozkurczowego. Ten automatyczny proces wspierany jest przez odczyn Bainbridgeowa (wzmożone ciśnienie przy ujściach wielkich żył wywołuje odruchowo hamowanie ośrodka błędnego, przez co frekwencja serca wzrasta). Niedomoga krążenia charakteryzuje się spadkiem objętości prądu. Przyczyna jest prawdopodobnie centralna, aczkolwiek w czasach ostatnich wyłoniły się poglądy przeciwne. Ostre niedomogi krążenia w wielu przypadkach są natomiast pierwotnie pochodzenia obwodowego. Wstrząs chirurgiczny warunkowany jest porażeniem naczyń włosowatych, podczas gdy kollaps jest pochodzenia tętniczo-ruchowego i sercowego. Niejasności patogenezy i dynamiki krążenia występują i w leczeniu. Działanie kardjotoniczne przetworów powinno się mierzyć wyłącznie przez oznaczanie minutowej objętości prądu. Z tego punktu widzenia zadawalnia według Wiechowskiego tylko kofeina i teofilina.

R. Foit: *O nakłuciach puchlinowych, jako zabiegu leczniczym.* Nakłucie lecznicze wykonuje się bądź w celu usunięcia płynu z chorej kończyny a tem samem usunięcia zwiększonej objętości i wagi bądź celem usunięcia wraz z płynem puchlinowym szeregu ciał szkodliwych i dla ustroju niepotrzebnych. Ciała, które usuwamy, składają się z wody, chlorków oraz połączeń azotowych. Nie wszystkie puchliny można w równej mierze szybko usunąć, przeto działanie lecznicze różni się w szeregu przypadkach. Niekiedy jedno nakłucie usunie z ustroju takie ilości ciał, że natychmiast okaże się korzystny efekt leczniczy. W innych przypadkach wydobędziemy znikome ilości, a nawet nic. Ciecz puchliny zawiera mało białka, natomiast azot pozabiałkowy i chlorki w zgęszczeniu, równem zgęszczeniu tych ciał we krwi. Przeto nakłucie usunie je bez znacznej utraty białka. Strata białka bywa niekiedy jeszcze ograniczoną z powodu zmniejszenia wydzielania białka w moczu po nakłuciu. Nakłucie przesięków surowiczych nie może wynagrodzić nakłucia puchlin z następujących powodów: trudno jest na jeden raz wypuścić tak znaczne ilości płynu, ponieważ usunięcie płynu z jamy opłucnowej ponad 1500 ccm grozi niebezpieczeństwem. Jama opłucnowa wypełnia się z powrotem o wiele pomalej, aniżeli obrzęki. Koncentracja chloru i azotu jest wprawdzie równa w obu, lecz zawartość białka w przesięku jest znaczniejsza, z tego powodu przez nakłucie stracimy większą utratę białka.

Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

Revue Sud-Amédicaine de Medicine et de Chirurgie.

Tome I. Nr. 4. Avril 1930. (190 str.).
Wydane przez Masson et Co. Paryż.

H. Annes Dias i Tenack de Souza (De Porto Alegre, Brésil): *Les échanges chloro-azotes au cours de la pneumonie.* Pneumonja zawiera nierównomierną ilość chloru i azotu proporcjonalnie do ciężkości przypadku. Wstrzymanie soli jest jednym ze środków obronnych przeciw désintegration azotu. Klinicysta powinien zwrócić baczną uwagę na zmiany chloro-azotowe, ponieważ azotemja jest powikłaniem bardzo poważnem. W przypadku azotemji, połączonej z chloropenją wskazanem jest leczenie chlorkami. Sól powinna być podawana w postaci zastrzyków dożylnych, zastrzyków surowicy sztucznej lub zapalnej. W przypadkach bardzo posuniętych należy być bardzo ostrożnym przy stosowaniu tego leczenia.

R. V. Taliee (Montevideo): *Trois ans de pyrétotherapie par le Treponema Hispanicum en Uruguay.* Zarazek gorączki powrotnej hiszpańskiej daje się łatwo przechowywać w pracowniach, w postaci hodowli lub innej. Można zatem zawsze mieć pod ręką dostateczną ilość materjału, potrzebnego do pyretoterapji. Gorączka powrotna hiszpańska doświadczalna jest chorobą łagodnie przebiegającą, samoistnie się kończy bez groźnych powikłań. W większości przypadków możemy łatwo przerwać chorobę przy pomocy dożylnych zastrzyków novarseno-benzolu. Gorączka powrotna hiszpańska nie jest przenośną przez wszy. Obawa przed przypadkowem zakażeniem się w szpitalach została usunięta. Wyniki terapji recurrensu przy pomocy krętka wyraźne i jasne są w przypadkach porażenia postępującego, *dementia praecox* i parkinsonizmu po zapaleniach mózgu, w których używana jest przez psychjatrów i neurologów

Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 18 marca 1930 roku.

Początek o godz. 8-mej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 62, wprowadzonych gości 45.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 11 marca r .b. przyjęto bez zmian.

2. Koledzy Jerzy Modrakowski i Emil Leyko wygłosili odczyt p. t. „Tonus serca i działanie na niego środków farmakologicznych" (streszcz. własne).

Starling dowiódł, że w preparacie sercowo-płucnym zużywanie tlenu przez włókna mięśniowe serca, dostarczające energję skurczową, stoi w bezpośrednim prostym stosunku do długości tych włókien. Na tej podstawie można stosunek energji mechanicznej do całkowitej energji wyzwolonej, oznaczonej przez zużywanie tlenu, określić jako tonus serca. Wobec tego, jeżeli tą samą pracę wykonywa serce raz o mniejszej a drugi raz o większej objętości rozkurczowej, sprawność mechaniczna t. j. tonus w pierwszym wypadku jest lepszy.

Na tej podstawie prawdziwe *„cardiotonica"* winny zmniejszać objętość rozkurczową, przy której serce wykonywa na preparacie Starlinga raz mu zadaną, wciąż jednakową pracę, w warunkach ustalonych i niezmiennych podczas całego doświadczenia.

Przy stosowaniu tego ścisłego probierza okazało się, że tonus serca poprawiają: glikozydy naparstnicy, po okresie utajonym, trwającym 15—30 minut na długi czas; kofeina również działa dodatnio na tonus serca i to natychmiast choć na krótko, lecz działanie to może być często powtarzane. Adrenalina poprawia tonus bardzo szybko, efedryna i efetonina nieco wolniej, zato znacznie dłużej od adrenaliny; na tej podstawie środki te muszą być uznane za najlepsze cardiotonica obecnie znane.

Kamfora, hekseton i w nieco większych dawkach także koramina rozszerzają serce i obniżają tonus, nie mogą być więc nadal polecane jako cardiotonica. Tak samo odpada kardiazol, który zgoła niema obwodowego działania na serce.

Z innych środków, nie uchodzących za cardiotonica, nie działa na tonus serca azotyn amylowy, podczas gdy azotyn sodowy i chinidyna obniżają go. Małe dawki insuliny poprawiają tonus na długi czas, lecz działanie to nie daje się powtarzać na tem samem sercu zapomocą ponownego zadawania tego hormonu.

Rozszerzenie naczyń wieńcowych, a więc lepsze odżywianie serca, nie jest jedynym, miarodajnym czynnikiem, decydującym o dodatniem lub ujemnem działaniu badanych środków na tonus serca.

3. *W dyskusji* kolega W. Orłowski zaznacza, iż w II Klinice Chorób Wewnętrznych od paru lat były przeprowadzane badania nad wartością działania środków sercowych na niewydolność krążenia sercowego pochodzenia. Badania, przeprowadzone przez Dra Fidlera i Goreckiego, niezależnie od siebie, nad koraminą i kardiazolem oraz kofeiną i naparstnicą dały wyniki niezachęcające do stosowania nowych środków syntetycznych. Podawanie 5 cm^3 koraminy dawało wynik taki, jak podawanie roztworu fizjologicznego. Kolega Orłowski nie utrzymuje, że środki te nie działają na niewydolność pochodzenia obwodowego; stwierdza jednak, że ani koramina, ani kardiazol nie wpływają na szerokość naczyń na preparacie Trendelenburga. Jeżeli mają jakiś wpływ na naczynia, to tylko przez ośrodek naczynioruchowy.

Adrenalinę w klinice stosujemy w nagłych przypadkach wprost do serca. Kol. O. przytacza przypadek z Kliniki krakowskiej, w którym po wstrzyknięciu adrenaliny chorej, będącej w agonji, otrzymano wynik bardzo wybitny; chora żyła jeszcze w ciągu miesiąca.

Kolega Moczarski stosował w swej pracy doświadczalnej na psach kamforę i adrenalinę. Adrenalina dawała wyniki bardzo dobre, podczas, gdy kamfora pozostawała bez wpływu.

4. Kolega E. Apfelbaum wygłosił odczyt p. t. „Patogeneza i toksykologja niedokrwistości złośliwej w świetle nowych badań". (Streszczenie własne).

Wymieniane do niedawna czynniki etiologiczne w powstawaniu n. z. (kiła, bróżdogłowiec, nowotwory) mało sa dziś brane w rachubę ze względu na ich rzadkość.

Badania ostatniego 5-cio lecia pogłębiły znacznie zagadnienie patogenezy n. z. Początkowo nadano im kierunek bakterjologiczny, zwracając szczególną uwagę na obecność prątków okrężnicy w żołądku i górnych odcinkach jelit cienkich ludzi chorych na n. z. Badania dalsze wykazać miały wybitnie hemolityczne właściwości hodowanych z żołądka prątków. Według niektórych autorów ustrój

ma wykazywać na szczycie choroby brak swoistych przeciwciał w stosunku do prątka okrężnicy, przeciwciał tych jednakże dotychczas wogóle nie znaleziono. Prawdopodobnie prątek okrężnicy nie jest czynnikiem swoistym, lecz dodatkowym, mającym wpływ na czynność wydzielniczą i hormonalną żołądka oraz na rozkład i wchłanianie produktów przemiany białkowej. Obok prątka okrężnicy są obecne w górnych odcinkach przewodu pokarmowego laseczniki Welchi, które jakoby również posiadają właściwości wybitnie hemolityczne; badania w tym zakresie nie są jednak daleko posunięte. Znalezione przez Schillinga swoiste dla n. z. wewnątrz-krwinkowe twory t. zw. erytrokonty mogą być według autora, bakteryjnego pochodzenia. Najprawdopodobniej jednak jest to patologiczna wielobarwność zatrutych krwinek.

Naogół nie mamy dziś prawa twierdzić, że n. z. jest pochodzenia bakteryjnego. Obecność flory bakteryjnej w żołądku nie stanowi czynnika swoistego, jej wędrówka z dolnych odcinków przewodu pokarmowego w górę jest ułatwiona z powodu braku kwasu solnego w żołądku. Dotychczasowe niepewne wyniki prac bakterjologicznych nadały dalszym badaniom kierunek biochemiczny. Ostatnio zwrócono uwagę na ważną rolę bezsoku żołądkowego w powstawaniu n. z. Mięso poddane działaniu treści żołądkowej człowieka zdrowego nabiera właściwości leczniczych w tej chorobie. Podobnie ma działać wysuszony żołądek świnki, zastępujący brakującą u chorych śluzówkę żołądka. Jest prawdopodobne, że bezsok żołądkowy uniemożliwia chorym produkcję przez wątrobę hormonów, wpływających bodźcotwórczo na szpik kostny, muszą one bowiem być przypuszczalnie aktywowane przez normalną zawartość żołądka. Podawana leczniczo wątroba zawiera prawdopodobnie te hormony, zastępując nieczynną chorą wątrobę.

Jest wątpliwe, aby podawana wątroba działała wyłącznie jako zbiornik witaminowy, gdyż awitaminowa teorja n. z. nastręcza wiele wątpliwości, np.: 1) dieta witaminowa nie doprowadza do zwolnienia (remisji), 2) choroby awitaminowe wywołują inny typ niedokrwistości i t. d. Awitaminoza, podobnie jak flora bakteryjna może być jedynie czynnikiem dodatkowym, sprzyjając zanikowi śluzówki żołądka i jelit, a tem samem ułatwiając przedostawanie się jadów do ustroju.

Badania nad zaburzeniami w czynności wątroby w zakresie nieprawidłowej przemiany białkowej są tak skąpe i niepełne, że nie upoważniają nas do żadnych przypuszczeń w tym zakresie, niewiadomo jest dziś zupełnie, skąd czerpie ustrój materjał budulcowy dla tworzących się krwinek.

Niezawodnie czynnik konstytucyjny odgrywa bodajże najwybitniejszą rolę w powstawaniu n. z. Przypuszczalnie już zarodkowo zostaje upośledzony szpik kostny i śluzówka żołądka, ulegająca wraz ze śluzówką jelit zanikowi jeszcze przed wybuchem choroby. Ta okoliczność ułatwia jadom przedostawanie się przez wątrobę do krwiobiegu, a stąd do szpiku, co powoduje jego przewlekłe zatrucie i przekształcenie czynności.

Szpik kostny konstytucyjnie upośledzony, pozbawiony działania hormonów bodźcowych, wreszcie stale zatruwany, produkuje krwinki mniej wartościowe, ulegające łatwemu rozpadowi, wskutek krążących na obwodzie jadów.

5. *W dyskusji* zabierał głos kolega A. Freyd (Streszczenie własne).

Gorączka peruańska *(febris del Oroya)* panuje wyłącznie na zachodnich skłonach Kordylierów, w źle przewietrzanych dolinach, przyczem infekcji tej nie spotyka się nigdy na wysokościach poniżej 700 m. nad poziomem morza. Co do czynnika wywołującego ścierają się 3 poglądy: badacze północno-amerykańscy uważają za zarazek swoisty — *bacillus Bartoni*, autorzy miejscowi zgadzają się na powyższe, uważają jednak, że jest to nie bakterja, a pierwotniak nazwany przez nich *Bartonella bacilliformis* (spokrewniona z Anaplasma i z Grahamella). Wreszcie część autorów francuskich opowiada się za zarazkiem przesączalnym. Infekcja przenosić się ma wyłącznie w porze nocnej przez owady *(Phlebotomus verrucarum* i *Phalangomyia debilis)*. Gorączka peruańska już po paru dniach wywołuje bardzo silną niedokrwistość (dość często liczba krwinek czerwonych spada do 500000) jednak przeważnie nie posiada cech niedokrwistości złośliwej (wskaźnik barwny niewiększy od 1, neutrofilja 80—85%).

W paryskiem laboratorjum parazytologji podawano wyciągi z żywych tęgoryjców dwunastnicy i otrzymywano bądź klasyczny obraz niedokrwistości złośliwej, bądź też niedokrwistość niedobarwną (liczba krwinek czerwonych niezmieniona przy znacznym obniżeniu % hemoglobiny).

Niedokrwistość przy beri-beri występuje niestale, zależnie od postaci choroby. Własne obserwacje kol. F. odmiany „sercowej" beri-beri wykazywały prawie z reguły liczbę krwinek czerwonych poniżej 2 miljonów.

Przy postaci „nerwowej" schorzenia — większych zmian we krwi nie znajdywano.

Posiedzenie zamknięto o godz. 9 m. 25.

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.* Prezes: *Witold Orłowski.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 4 kwietnia 1930.

Przewodniczy: Kol. Kuhn.

1) Kol. Ewa Torosiewicz-Cybulska przedstawia przypadek rozpadowej gruźlicy płuca prawego i wytwórczo-włóknistej płatu górnego lewego z powtarzającemi się krwotokami, leczony odmą sztuczną prawostronną, założoną 2. II. 1928, a następnie powikłany ropniakiem opłucnowym. Po 3 krotnej aspiracji płynu ropnego i po próbnej dawce oliwy gomenolowej 6%, w czerwcu 1929 roku założono *oleothorax*. Chory po zabiegu szybko poprawiał się. We wrześniu 1929 z powodu wytwarzającego się nadal wysięku ropnego aspirowano 400 cm^3 ropy i dopełniono 300 cm^3 oliwy gomenolowej. W grudniu 1929 dla wzmożenia działania uciskowego *oleothoraxu*, wykonano phrenicoexhaerezę. Pacjent przez całą zimę czuł się zupełnie dobrze, nie kaszle, nie odpluwa. Badanie plwociny prątków nie wykazuje. Z końcem marca wykonano punkcję opłucnej w 3. i 4. przestworze międzyżebrowym w linji pachowej przedniej i wydobyto czystą oliwę. W przypadku przedstawionym półroczne utrzymywanie *oleothoraxu* wystarczyło do uwygojenia ropniaka, zmiany w płucach nie wygoiły się jednak, co stwierdza się przesłuchem.

W dyskusji kol. Węgrzynowski: Powyższy przypadek jest jednym z szeregu, w którym stosujemy „odmę" oliwną. Wobec zbyt krótkiego okresu stosowania tego sposobu powstrzymuje się narazie z wypowiedzeniem swego zdania. Omawia różnice w działaniu fizykalnem między powietrzem a oliwą wprowadzoną do zamkniętej jamy opłucnowej, oraz niebezpieczeństwa wynikłe z ciężaru słupa oliwy i różnicy ciśnień; w końcu omawia wskazania i technikę zabiegu.

Kol. H. Mierzecki przedstawia przypadek: *„Uszkodzenia skóry po Roentgenie"*. Pokaz dotyczy chorego, u którego nastąpiły owrzodzenia roentgenowe po naświetleniu tocznia pospolitego. Przypadek ten jest z rzędu 15, jaki M. w ostatnich kilku latach zauważył i stąd przestrzega przed zbyt lekkomyślnem stosowaniem promieni Roentgena.

3) Kol. H. Mierzecki wygłasza odczyt p. t.: *„Spostrzeżenia nad pęcherzycą"*. Prelegent omawia wnioski do jakich doszedł na podstawie 80 przypadków pęcherzycy pospolitej, złuszczającej i brodawkującej, które miał sposobność obserwować w czasie od roku 1921—1929. Wnioski te brzmią: Pęcherzyca jest chorobą śmiertelną, śmiertelność ta jest wyższa od tej, którą autorowie dotychczas podają. Pęcherzyca brodawkująca nie jest najzłośliwszą odmianą pęcherzycy. Znaczny odsetek chorych przeżywa okres dwuletni. Pęcherzyca występuje z reguły u osobników zdrowych. Pęcherzyca wykazuje tylko bardzo rzadko zaburzenia ze strony gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu; nie wpływa na płodność i nie udziela się ani otoczeniu ani potomstwu. Pierwsze objawy wystąpić mogą na całej skórze i błonie śluzowej, przyczem jednak istnieją pewne miejsca predylekcyjne. Umiejscowienie pierwszego objawu nie wpływa na przebieg schorzenia. Objaw pierwotny zdaje się być czasami zależny od zadrażnienia. Pęcherzyca jest chorobą prawie że wolną od objawów podmiotowych, objawy swędzenia towarzyszą głównie chorobie Dühringa. Przebiega na ogół bez gorączki, gorączka nie jest dla pęcherzycy patognomiczna. Czerwone jakoteż białe ciałka krwi nie wykazują przeważnie zmian ilościowych tylko jakościowe, przyczem limphopenja jest objawem *mali ominis*. Odczyn Biernackiego jest stale przyśpieszony. Posiew krwi w badanych przypadkach był ujemny. Na podstawie 30 przypadków pęcherzycy nie zdołano ustalić sekcyjnego obrazu. Odczyn krwi Bordet-Gengou i próby precypitacyjne (wspólnie z kol. Fleckiem) wypadły ujemnie. Próby szczepienne zawartością pęcherzy jałowych na myszy białe (wspólnie z kol. Schusterówną) wypadły ujemnie. (W całości praca pojawi się w Przeglądzie Dermatologicznym).

W dyskusji kol. St. Ostrowski podnosi różnorodność zagadnień, które poruszył referent. W przekonaniu, że zagadnienia pęcherzycy winne być omówione raczej w Tow. dermatologicznem, mówca porusza jedynie sprawę płci, rasy i zawodu z jednej strony, a obraz krwi w pęcherzycy z drugiej. Co do płci mówca nie może

w całości zgodzić się na wniosek referenta, mianowicie, że mężczyźni są częściej dotknięci pęcherzycą, aniżeli kobiety, mimo, że z własnej obserwacji i piśmiennictwa nasuwały się podobne myśli. Również obarczanie pewnej rasy skłonnością do pęcherzycy uważa mówca jako niedostatecznie przekonywujące. Statystyczne obwinianie pewnych zawodów, np. handlarzy, których członkowie zapadają na pęcherzycę, uważa jako przedwczesne, ze względu na ewentualne mylne wnioski, jakieby można z takiego ujmowania zagadnień choroby wysnuć. Przechodząc następnie do objawów schorzenia, O. nie zgadza się z zapatrywaniem, że zmiany na błonach śluzowych są stale złym prognostykiem. Z własnych spostrzeżeń przytacza przypadek, dotyczący chorej ze zmianami pęcherzycowemi wyłącznie na błonie śluzowej podniebienia, której nie towarzyszył ogólny zły stan zdrowia ani w następstwie uogólnienia wykwitu. W dalszym ciągu mówca podnosi brak wyodrębnienia w odczycie jednostki chorobnej *dermatitis polymorpha dolorosa* Dühringa od grupy pęcherzycy mimo dość częstego powoływania się na eozynofilję we krwi. O. podnosi, że objaw ten spotykamy w d. Dühring i na tej podstawie niektórzy autorzy (Leredde i Perrain) uważali tę jednostkę, jako schorzenie układu hematopoetycznego. Eozynofilja nie jest zaś znamienna dla pęcherzycy. Mówca podkreśla wartość spostrzeżenia kol. Mierzeckiego, który znachodził we krwi chorych na pęcherzycę, zmniejszenie ilości limfocytów nie długo przed śmiercią. O. mógł stwierdzić podobne stosunki w jednym przypadku u starca, u którego bezpośrednią przyczyną śmierci było zapalenie płuc opadowe, w innym zaś przypadku notował względne, wolne zmniejszenie się limfocytów. Mówca radzi ostrożność w wyciąganiu wniosków co do prognozy jedynie na podstawie limfopenji, zwłaszcza, że równocześnie zachodzi przesunięcie obrazu krwi na lewo, co nie jest bez znaczenia w patologji krwi.

Kol. S a l p e t e r zwraca uwagę na to, że dla dokładności obrazu statystyka powinna uwzględnić klasy zawodowe według obliczenia w stosunku do całej ludności, gdyż inaczej wnioski są niejasne. Podział choroby na *pemphigus verus, exfoliativus* i *vegetans* jest często sztuczny i nie uzasadniony klinicznie, gdyż najczęściej postacie są kombinowane.

Kol. G ą s i o r o w s k i zapytuje, czy do odczynu Bordet-Gengou używano antygenu z tkanki.

Kol. W e p p e r ó w n a, powołując się na prace innych autorów, porusza kwestję rasy oraz częstości występowania pęcherzycy u kobiet.

Kol. M i e r z e c k i w odpowiedzi kol. Ostrowskiemu zaznacza, że sprawę pęcherzycy poruszył już na Zjeździe Dermatologów słowiańskich, a omawia ją obecnie na terenie Towarzystwa Lekarskiego, bo uważa że jest to sprawa, w której powinni i mogliby się wypowiedzieć nie tylko dermatologowie ale i bakterjolodzy, patologowie i laryngolodzy; zawodów żadnych nie obwiniał ale wskazał na przewagę handlarzy z powodu przewagi żywiołu żydowskiego. Materjał omawiany nie wskazuje, jakoby zmiany pierwotne na błonach śluzowych były stale złym prognostykiem, ale są nim często. Sprawy choroby Dühringa nie omawiał wogóle w pracy swojej i starał się o ile możności przypadki te, które uważał za chorobę Dühringa, z materjału wyeliminować. W odpowiedzi kol. Salpeterowi zaznacza prelegent, że w wywodach swoich podniósł płynność granic poszczególnych odmian pęcherzycy i dlatego też przypadki kombinowane, a więc *p. verus i exfoliativus*, umieścił w *exfoliativus, verus* zaś i *vegetans* w *vegetans*. W odpowiedzi prof. Gąsiorowskiemu zaznacza prelegent, że do odczynu Bordet-Gengou posługiwano się jako antigenem zawartością pęcherzy. W odpowiedzi kol. Wepperównej zaznacza, że o ile zorjentował się w piśmiennictwie, to przytoczony i opracowany materjał, zarówno kliniczny jakoteż hematologiczny i sekcyjny, jest jednym z największych materiałów tego przedmiotu.

Przewodniczący dziękuje prelegentowi za wykład z zakresu dermatologii, która od dłuższego czasu zbyt rzadko zajmujemy się na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego. Pęcherzyca interesuje nietylko specjalistów, ale ogół lekarzy, gdyż jest chorobą zagadkową, według spostrzeżeń kolegi M. u nas wcale nie rzadką, a przebiegającą w wysokim odsetku śmiertelnie.

Sekretarz: *K. Budzanowski.*

Towarzystwo lekarskie Łódzkie.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 26. lutego 1930 r.

I. *Pokaz chorych.* Kol. A r o n s o n przedstawia przypadek *guza jamy brzusznej*, który był zrośnięty z otrzewną, wychodził z esicy, badanie mikroskopowe wykazało sarcoma. Chora zniosła dobrze nadzwyczaj ciężki zabieg operacyjny, ogólny jej stan poprawia się stale.

Kol. K r y ń s k i przedstawia przypadek *sklerodermji* u 46-letniej pacjentki: — zauważyła od roku; przed 4 laty przechodziła kamicę żółciową. Na plecach 2 bronzowo-sinawe pasy; stwardnienie skóry stwierdza się dotykiem. Ułożenie segmentów przemawia za trofoneurytycznem pochodzeniem cierpienia.

A k a d e m j a ku czci ś. p. prof. Aleksandra Rosnera.

Kol. S z a r o g r o d e r. Streszczenie wygłoszonego przemówienia pod tyt.: *„Wspomnienia o ś. p. prof. Rosnerze ucznia Jego"*. Po krótkim wstępie, poświęconym omówieniu wrażeń, jakie czynią profesorowie wykładowcy na studentach, przystąpił do scharakteryzowania najcenniejszych rysów ś. p. profesora. Profesor Rosner wywierał niebywałe wrażenie jako profesor — stylista, krasomówca i jako towarzyski interlokutor; sposób wygłaszania lekcji wykładowej, timbr głosu, akcentowanie wyrazów i zwrotów, retoryka — czyniły z wykładu pełną swadą nacechowaną oratorską mowę, to też wykłady ś. p. profesora roiły się od licznego grona słuchaczy — studentów, jak i przejezdnych lekarzy. Wszystkich przykuwały — powiązane logicznie słowa i zwroty, okraszane piękną i efektowną mowa. Wykład składał się z 3-ch części: referat o minionym dyżurze, demonstracja chorych wraz z dyskusją i omówienie schorzenia. Ta ostatnia była najciekawsza, uwydatniała te cechy, które omówione były powyżej. Korzyść naukowa, jaką odbierało się z tej części wykładu, była obfita, przyczem nie omieszkał ś. p. profesor dorzucać szczegółów internistycznych, które mogły wszechstronnie zilustrować cierpienie. Dalej omawia działalność prof. Rosnera jako przyjaciela młodzieży akademickiej i wylicza Jego zasługi, położone dla dobra sprawy akademików, następnie działalność na polu rozkwitu Pogotowia Ratunkowego i na polu społecznem. W końcu kol. S z a r o g r o d e r wyjaśnia, że mozolne i zbożne trudy ś. p. Profesora nie pozwoliły Mu poświęcać wolnego czasu na troskę o życie swoje. Prof. Rosner jako wzorowy lekarz właściwie jakby padł na posterunku, niosąc pomoc choremu nie swojej specjalności. Świat polski lekarski i społeczeństwo tracą w Zmarłym jednego z najcenniejszych profesorów, pedagogów i lekarzy i że dewiza *„primum non nocere"* winna, jak profesorowi, tak i nam przyświecać w poczynaniach dalszych.

Kol. E r d m a n (autoreferat). Po krótkim zarysie biograficznym oraz charakterystyce Zmarłego profesora przechodzi prelegent do omówienia Jego działalności naukowej i klinicznej. Da się ona zogniskować głównie około 3-ch zagadnień: ciąża bliźniacza monochorjalna; stosunek włókniaków macicy do ciąży, oraz konstytucja narządów płciowych kobiecych. Po chronologicznem zestawieniu w ramach powyższych tematów prac im poświęconych i po omówieniu genezy, metod i wyników tych ostatnich, następuje pobieżny przegląd różnorodnych spraw i zagadnień z dziedziny chirurgji i ginekologji traktowanych w rozległych studjach prof. Rosnera z wyszczególnieniem oryginalnej operacyjnej metody Zmarłego, polegającej na krwawem rozszerzeniu ujścia zewnętrznego macicy.

Przechodząc następnie do oceny pedagogicznych zasług Zmarłego zarówno na polu teorji (podręcznik ginekologji i inne), jak i w praktyce na stanowisku wieloletniego dyrektora Kliniki Uniw. Jagiellońskiego, prelegent kończy wspomnienie wyrazem głębokiej czci i żalu, jakie przedwczesna śmierć znakomitego uczonego i nieodżałowanego profesora wywołać musi na ustach każdego z jego byłych uczni i współpracowników.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 5 marca 1930 roku.

P o k a z y c h o r y c h.

1. Kol. J u s t m a n przedstawia 34-letniego pacjenta kawalera; *długotrwała żółtaczka*, badanie krwi na Wassermann ++++. Kuracja specyficzna, poprawa; objawy drętwienia kończyn. Przyjęty na oddział jako *tabes dorsalis*. Bliższe badanie wykazało, że jest to *pseudo-tabes peripherica*, zapalenie nerwów obwodowych, pochodzenia nie kiłowego, lecz wskutek zatrucia arszenikiem; kuracja przeciwkiłowa wpływała ujemnie na cierpienie nerwowe.

W dyskusji zabierali głos Kol. T e n e n b a u m, W i t o ń s k i, M i k ł a s z e w s k i, B i b e r g a l, K r y s z e k i F r e n k i e l.

2. Kol. J. K o n: *O zjawiskach allergicznych.* Pojęcie allergji powstało jako wynik klinicznych spostrzeżeń Pirquet'a i oznacza zmienioną zdolność reagowania organizmu. Treścią swoją odpowiadało czasowi i kierunkowi, wśród których powstało, mianowicie szerokiemu uwzględnieniu roli organizmu i konstytucji w walce z zarazkami, toksynami i truciznami. Było ono na czasie i dlatego w nauce zdobyło duże powodzenie i rozpowszechnienie. Doświadczalne badania nad anafilaksją, rozpoczęte przez Richeta, stanowią naukową podstawę rozumienia allergji. Referent streszcza doświadczenia Richeta, Arthus'a i Ottena i daje definicję anafilaksji, anafilaktogenów, anticiał i antigenów, przyczem podkreśla różne teorje co do istoty samego procesu anafilaksji:

humoralne i celularne (Vidal, Doen i in.). Dalej omawia szczegółowo doświadczenia Obermeyera i Picka, Heidelbergera, Avery, Landsteinera i Frissmana, dając definicję haptenów (półantigenów) i pełnych antigenów. Doświadczenia te doprowadziły do rozszerzenia pojęcia antigenu daleko poza grupę ciał białkowych a zwłaszcza zwróciły uwagę na doniosłe znaczenie lipoidów, jako składników antigenowych.

Wobec tego, że obecnie mamy prawo traktować najróżniejsze substancje, jako czynne lub potencjalne antigeny, gdyż w organizmie mogą ewentualnie nieantigeny lub półantigeny stać się pełnymi antigenami, dzięki łaczeniu z własnem białkiem organizmu — sprawa allergizacji ustroju sprowadza się do zagadnienia li tylko przenikania tych substancji do soków i tkanek organizmu, czyli do przepuszczalności powłok i błon. Prawdopodobnie odmienna przepuszczalność stanowi to co nazywamy skazą allergiczną i co się dziedziczy. Stopień tej skazy decyduje o sile i różnorodności uczulań się organizmu. Trudność sprowadzania zjawisk klinicznych z dziedziny allergji do zjawisk doświadczalnej anafilakcji wynika stąd, że w klinice mamy do czynienia z ciemną dla nas przeważnie drogą uczulenia i trzeba dopiero szukać antigenu. W doświadczeniu operujemy jedną pewną co do natury substancją i wybieramy bezpośrednią drogę wprowadzenia jej t. j. dożylną lub podskórną. Na skazie allergicznej opierają się t. zw. choroby allergiczne. Natomiast w dziedzinie chorób zakaźnych allergja odgrywa b. doniosłą rolę niezależnie od skazy, rolę wynikającą z odmiennego przebiegu różnych chorób w miarę współżycia danego organizmu z danym zarazkiem i w miarę odpowiedniego ustosunkowania się do niego. Allergja jest szerokiem pojęciem obejmującem anafilaksję, odporność *(immunitas)*, anergię, hyperergię jako pewne jej działy. Pod kątem allergii można dziś w medycynie rozpatrywać najróżniejsze zjawiska i w tej dziedzinie autorzy dochodzą nawet do przesady. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusja. Kol. Frenkiel zapytuje prelegenta o zapatrywanie jego na pojęcie parallergji. Kol. Klozenberg przypuszcza, że w sprawie powstawania nowotworów da się może również zastosować teorja allergji. Kol. Kryszek. Śródbłonek naczyniowy nie należy do układu śródbłonka siateczkowego. Kol. Kon z terminem parallergji spotykał się w zastosowaniu teorji allergji do gruźlicy. O nowotworach była mowa w literaturze w związku z leukaemią. Sprawę podniesioną przez kol. Kryszka uważa za niewyjaśnioną.

Protokół posiedzenia z dnia 19. marca 1930 r.

1. Kol. Speidel zademontrował kilkanaście przypadków nowotworów złośliwych, leczonych radem, a mianowicie: 1) *Ca linguae* — 1 przyp., stwierdzony mikroskopowo, 2) *Ca palpebrae inf.* — 2 przypadki, od roku bez recydywy. 3) *Ca labii inf.* — 1 przyp., od 2 lat bez recydywy. 4) *Ca nasi* — 1 przyp. od ½ roku bez recydywy. 5) *Ca faciei* — 1 przyp. 6) *Ca aur. extr.* — 1 przyp. 7) *Ca frontis* — 1 przyp. 8) 5 przypadków *Ca colj uteri inoperabilia.*

Następnie wygłosił referat pod tytułem: *Leczenie nowotworów radem* (ukaże się w druku).

Stosowanie radu przy nowotworach złośliwych odbywa się już od czasu odkrycia radu. W ostatnich 10 latach metoda ta znacznie się rozwinęła, dzięki dokładniejszemu zbadaniu rodzaju i właściwości promieni. Rad wydziela 3 rodzaje promieni: α (9%), β (3%), γ (5%). Najważniejsze w leczeniu są promienie β i γ, promienie α niszczą tkankę i muszą być przez filtry zatrzymywane. Do terapji używa się sole radu. Istnieją 4 sposoby stosowania radu: 1) Zewnętrzna aplikacja przy nowotworach zewnętrznych, 2) Curie-terapia wewnątrz organów, 3) Igły radowe, któremi szpilkuje się tkankę nowotworową, 4) Naświetlanie z odległości, wymaga dużej ilości radu.

Następnie prelegent omówił wyniki leczenia radem, jakie osiągnięto w różnych klinikach przy stosowaniu na różne narządy i rodzaje nowotworów i porównawczo podał wyniki, jakie osiągnięto w Łódzkim Instytucie radowym. Naogół leczenie radem daje lepsze wyniki od leczenia operacyjnego.

W dyskusji: Kol. Banaszkiewicz potwierdza, że nowoczesne statystyki wykazują daleko lepsze wyniki leczenia nowotworów złośliwych radem, niż operacyjnie. Operować należy przypadki tylko bezwzględnie nadające się do operacji, inne należy naświetlać.

Na zakończenie Kol. Speidel zademonstrował aplikatory radowe.

Protokół z posiedzenia w dniu 28 marca 1930 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Reicher przedstawił 2 chorych z ambulatorjum Szpitala im. Poznańskich, oddział chorób skórnych d-ra Leyberga: 1) *Pemphigus foliaceus primarius* u 32 letniego mężczyzny trwający od 4 miesięcy, zajmujący klatkę piersiową i plecy — rokowanie beznadziejne. 2) *Morbus Duhringa* u 76 letniego starca, rozsiane pęcherze po całem ciele, dające co do wyleczenia cierpienia rokowanie dobre.

2. Kol. Kalecka wygłosiła odczyt pod tytułem: *O wpływie upustu krwi na cholesterynemię u psów normalnych i u psów pozbawionych śledziony.* Badania przeprowadziła na 3 psach normalnych i 4 pozbawionych śledziony. Badanie krwi na zawartość cholesteryny początkowo w surowicy, później we krwi całkowitej. Krzywa wskazująca ilości cholesteryny różna jest u psów normalnych i splenectowanych. Odczyt ilustrowany wykresami.

3. Kol. Fischer: *O nowych poglądach na czynności wątroby.* Niedawno stwierdzono, że wątroba jest składnicą zapasową witaminów. Jedną z najważniejszych czynności wątroby jest wyławianie ze krwi zarazków i wydalanie ich do dwunastnicy. Badania doświadczalne wykazały, że już po 5 godzinach po wniknięciu zarazków do krwi udało się je wykryć w woreczku żółciowym, nie miało to miejsca po podwiązaniu *art. hepatica.* W drogach żółciowych przechowują się zarazki jeszcze przez dłuższy czas po ich zupełnem zniknięciu ze krwi.

Sekretarz: *B. Czaplicki.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Dr. Eugenjusz KRAJEWSKI. Katowice.

W sprawie nauczania ekonomicznego sposobu przepisywania recept w czasie studjów lekarskich.

Jeśli studja lekarskie uniwersyteckie istotnie spełniać mają zadanie swoje przygotowywania kadr lekarzy do ich przyszłych zadań — to dziać się to musi ściśle w zastosowaniu do warunków, w których oni zmuszeni będą pracować. Jeszcze nie tak dawno młody lekarz wynosił ze swoich długoletnich studjów przygotowanie do t. zw. wolnej praktyki lekarskiej. Stosunki jednak od chwili, gdy coraz szersze kręgi ludności objęte zostały ustawodawstwem socjalnem zmieniły się do gruntu. Praktyka t. zw. wolna jest w zaniku a większość lekarzy stała się lekarzami kas chorych i podobnych instytucyj, charakter zaś pracy w ostatnim wypadku jest zupełnie różny od warunków t. zw. praktyki wolnej. Lekarz kasowy bowiem dysponując środkami leczniczemi ma właściwie w ręku swojem klucz do skarbca kasy — z drugiej jednak strony swoboda jego w tym względzie uległa znacznemu ograniczeniu. Jeśli bowiem lekarz wolnopraktykujący stosuje rozrzutny, niecelowy czy nieekonomiczny sposób zapisywania leków — to zrazi sobie, zazwyczaj zawsze, słabszego finansowo pacjenta, nie mówiąc już o tem, że staje w szeregu tych, którzy skutecznie odstraszają zubożałe dziś masy od leczenia się indywidualnego wogóle. U bardzo bowiem niekrytycznych, a więc niezbyt licznych pacjentów wysoką ceną recepty lub wyszukanym a mało wypróbowanym specyfikiem zyska sobie wątpliwej wartości zaufanie (poza aptekarzem). Co innego w masowej praktyce kasowej! Tu wyżej wspomniany *nieekonomiczny sposób przepisywania recept prowadzi do zawrotnych wprost sum,* wyrzuconych niepotrzebnie i ze szkodą ubezpieczonych, dla których pieniądze te obrócićby można na inne, istotnie wartościowe świadczenia jak domy wypoczynkowe, poradnie dla matek ciężarnych lub eugeniczne, stacje diagnostyczne i profilaktyczne gruźlicze i reumatyczne, pomoc ortopedyczna i t. p. *Przedewszystkiem zaś — i to pragnąłbym specjalnie podkreślić — rzecz cała jest poważnem źródłem niechęci czynników kasowych do lekarzy, którym nie bez racji zarzuca się, że rujnują drogą tą finansowe podstawy kas.*

Zdaniem mojem nieekonomiczny sposób przepisywania recept ma swoje źródło w nieświadomości lekarzy, w nieznajomości reguł oszczędnego lekowania, nieorjentacji w cenach najpospolitszych leków, nieznajomości taksy aptekarskiej (rozmiary flaszek, podrażanie leków przez postać proszków, kapsułek, zapisywanie zbyt wielkich ilości i t. p.), szafowanie wątpliwej wartości specyfikami i t. d. W rzadkich, bo kolidujących z etyką stanową wypadkach, lekarz

stosuje niewłaściwy sposób przepisywania leków z chęci zyskania sobie względów członków lub wskutek nieprzeciwstawiania się nieuzasadnionym żądaniom rzekomo chorych. *Pytam jednak, na którym uniwersytecie przyszłego lekarza wtajemnicza się obok działania i sposobu stosowania leków także w ceny ich, wdraża do możliwie oszczędnego stosowania, do liczenia się z siłami materialnemi człowieka* w chwili, kiedy choroba powodując chwilową lub stałą niezdolność do pracy i zarobkowania, osłabia go ekonomicznie? Czy egzaminatorzy, żądający wcale nie rzadko znajomości „swoich koników", zwracają uwagę na tę stronę wiadomości kandydatów? *A przecież dzisiejszy student medycyny — to, niestety, przyszły lekarz „kasowy"!* Wdrożenie mu w krew jego zasady oszczędzania, już nie mówię wogóle w życiu, ale w jego określonej, specjalnej sferze działania t. j. w recepturze uchroni go od wielu przykrych doświadczeń a źródło powszechnej niechęci kas do lekarzy i ciągłych tarć zredukuje do minimum.

Wydaje mi się więc bardzo celowem, by i w wykładach i ćwiczeniach w recepturze i egzaminach wykładowcy tego przedmiotu szczególny kładli nacisk na ekonomiczny sposób przepisywania recept. Podręczników szczególnie niemieckich tu nie brak (z polskich polecenia godny „Vademecum lekarza-praktyka pod redakcją Dr. Kunickiego"). Może i inni koledzy wypowiedzą się w powyższej sprawie?

O wymiar podatku obrotowego lekarzom.

Odpowiedź Ministerstwa Skarbu na zażalenie Zw. Lekarzy P. P.

Wobec stosowania przez niektóre Izby Skarbowe niesłusznych zasad w obliczaniu lekarzom Kas Chorych podatku obrotowego, Zarząd Główny naszego Związku wystąpił do Ministerstwa Skarbu dn. 23. X. 1929 r. z zażaleniem na piśmie tej treści:

L. 754/29.

Do Ministerstwa Skarbu
Departament V.

Zażalenie Związku Lekarzy
Państwa Polskiego.

Przy wymierzaniu lekarzom podatku obrotowego (przemysłowego) za rok 1928 w niektórych Izbach Skarbowych ujawniła się tendencja doliczania poborów otrzymywanych przez lekarzy w Kasach Chorych do sum ich dochodu z praktyki prywatnej. Stało się to między innemi w Kielcach, gdzie na posiedzeniu dnia 17 b. m. Komisji Odwoławczej przy Izbie Skarbowej postawił w tym kierunku wniosek p. Iwaniucha, naczelnik wydziału podatkowego Izby tamtejszej.

Zarząd Główny Związku Lekarzy Państwa Polskiego zwraca się niniejszem do Ministerstwa Skarbu o wydanie wskazówki Izbom Skarbowym, w szczególności Kieleckiej, aby dochodu lekarzy z Kasy Chorych, jako dochodu z uposażenia, nie wliczały im do sumy dochodu, podlegającego podatkowi przemysłowemu.

Warszawa, dn. 23. X. 1929 r.

Sekretarz: (—) *Dr. St. Hagmajer* Prezes: (—) *Dr. St. Falkowski.*

Uwzględniając powyższe zażalenie Związku Ministerstwo Skarbu przesłało stosowne wyjaśnienia Izbom Skarbowym, o czem Zarząd Główny Związku został zawiadomiony pismem z Ministerstwa z dnia 31 lipca 1930 r. za L. D. V. 9565/4/29.

Odnośne wyjaśnienie Ministerstwa Skarbu brzmi:

Ministerstwo Skarbu
L. D. V. 9565/4/29.

Warszawa, dn. 31 lipca 1930 r.

Do Izby Skarbowej w Kielcach.

Zwraca się załączniki sprawozdania z dnia 2 grudnia 1929 r. N. W. II. 32639/2 z tem, że Ministerstwo Skarbu nie podziela wyrażonych przez Izbę Skarbową zapatrywań na kwestję włączania do podstaw wymiaru podatku przemysłowego od obrotu wynagrodzeń, pobieranych przez lekarzy pracujących w kasach chorych, przyczem powołanie się Izby Skarbowej na analogię pomiędzy opisanym w sprawozdaniu stanem faktycznym, a stanem przewidzianym w reskrypcie Ministerstwa Skarbu z dnia 25. VII. 1927 r. L. DPO. 3756/III. uznać należy za chybione, a to z następujących względów.

Podłożem do wydania wspomnianego reskryptu były przeprowadzone na skutek memorjału Głównego Zarządu Związku Lekarzy dochodzenia, które, poza przytoczonemi w reskrypcie okolicznościami, wykazały, że żadna z kas chorych na obszarze województwa Śląskiego, jak również byłego zaboru pruskiego, odnośnie którego należy zauważyć, że istniejący na tym terenie stan rzeczy nie był przez koła lekarskie kwestjonowany, nie uznaje lekarzy, którzy na mocy umowy spełniają na jej rachunek opiekę nad chorymi członkami tych kas, za urzędników w rozumieniu statutów kas chorych i nie opłaca w drodze potrącenia podatku dochodowego od wypłacanych im z tytułu spełnianej opieki lekarskiej zarobków. Poza tem lekarze ci w odróżnieniu od lekarzy kas chorych na pozostałym terenie Rzplitej przyjmują członków kas chorych nie w lokalach kas, lecz w mieszkaniach prywatnych, uniezależniając się w ten sposób całkowicie.

Te względy mając na uwadze, Ministerstwo Skarbu uznało, że wynagrodzenia lekarzy praktykujących w kasach chorych na terenie Górnego Śląska względnie b. zaboru pruskiego mają charakter zarobków, osiąganych z wykonywania praktyki lekarskiej (art. 1 lit. b. ust. o państw. pod. przemysł.) i podlegają opodatkowaniu wg. art. 5, p. 9 powołanej ustawy, tudzież podlegają podatkowi dochodowemu wg. postanowień art. 17 ustawy o państwowym podatku dochodowym (Dz. Ust. R. P. Nr. 58, poz. 411 z r. 1925).

Biorąc powyższe pod uwagę oraz zważywszy, że w odróżnieniu od stanu istniejącego na terenie b. dzielnicy pruskiej personel lekarski kas chorych na pozostałym obszarze Państwa z reguły traktowany jest narówni z personelem administracyjnym kas chorych, tak pod względem praw jak i obowiązków, że od wypłacanych lekarzom poborów potrącany jest podatek dochodowy wg. działu II ustawy o państwowym podatku dochodowym, że na mocy art. 3 rozp. Prezydenta Rzplitej z dn. 24. XI. 1927 r (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911) personel lekarski zaliczony jest do pracowników umysłowych i podlega obowiązkowi ubezpieczenia narówni z innymi pracownikami, że podniesiony przez Izbę Skarbową fakt zmienności uposażenia w zależności od ilości przepracowanych godzin i t. d. niema dla sprawy zasadniczo znaczenia, Ministerstwo Skarbu poleca zaniechać włączania do podstaw wymiaru omawianych wynagrodzeń, wniesione zaś przez lekarzy odwołania od wymiarów podatku przemysłowego od obrotu za 1928 r. poleca bezzwłocznie rozpatrzeć zgodnie z wyjaśnieniami niniejszego zarządzenia.

(—) *P. Michalski,* Zastępca Dyrektora Departamentu.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
Nr. Z. H. 2713/30.

Warszawa, dnia 28 lipca 1930 r.

Tablice poglądowe z zakresu walki z gruźlicą. Rozpowszechnienie.

Do wszystkich PP. Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W związku z pismem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Nr. 6712/30 z dn. 27. VI. r. b., odpis którego dołącza się, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) prosi o zalecenie podległym sobie czynnikom zaopatrywania się w wymienione w piśmie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego poglądowe tablice z zakresu walki z gruźlicą.

Dr. Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Odpis.

Polski Związek Przeciwgruźliczy
pod protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej
Ignacego Mościckiego
Nr. 6712/30.

Dnia 27. VI. 1930 r.

Do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w miejscu, ul. Nowowiejska 39.

Polski Związek Przeciwgruźliczy ma zaszczyt uprzejmie powiadomić, że opracowuje polskie tablice poglądowe z zakresu walki z gruźlicą, ujęte w następujące serje:

Serja I-sza — Źródła i drogi zakażenia gruźlicą.
Serja II-ga — Czynniki sprzyjające rozwojowi gruźlicy.
Serja III-cia. — Sposoby zapobiegania.

Serja IV-ta. — Patologja gruźlicy.
Serja V-ta. — Leczenie gruźlicy.
Serja VI-ta. — Statystyka gruźlicy.

Każda serja liczy kilka tablic. Tablice są wielobarwne i każda obejmuje od kilku do kilkunastu ilustracyj mniejszych.

Nadmieniamy, że ze względów materjalnych z naszej strony, a technicznych ze strony zakładów graficznych, nie możemy wypuścić wszystkich tablic w jednym okresie czasu. Tablice wychodzić będą przeto z pod prasy w odstępach około trzytygodniowych, całość zaś ukaże się w październiku r. b.

Z pierwszej serji wyszła z pod prasy tablica p. t. „Krowa chora na gruźlicę jest groźnem źródłem zakażenia", którą to tablicę pozwalamy sobie przy niniejszem przesłać.

Poza tem są już w druku z pierwszej serji dwie tablice:

1) „Zarazek Kocha, jego postać, wykrywanie i hodowla". Tablica ta jest zbiorowa, odtwarza badanie plwociny na obecność prątków gruźlicy, uwzględnia odczynniki, technikę badania i t. p. z tekstami objaśniającemi.

2) „Człowiek chory na gruźlicę jest najczęstszem źródłem zakażenia". Tablica ta obejmuje kilkanaście ilustracyj wielobarwnych, obrazujących sposoby zakażenia gruźlicą wśród ludzi.

Cena tablicy niepodklejonej wynosi od zł. 2,50 do 3.—, podklejonej około zł 8.

Jesteśmy przekonani, że polskie tablice poglądowe z zakresu walki z gruźlicą przewyższą pod względem treści i formy będące dotychczas w obiegu z tej dziedziny tablice niemieckie, a pod względem ceny będą bez konkurencji, gdyż niemieckie z polskim tekstem, lekko podklejone, kosztują po zł 15 za sztukę.

Polski Związek Przeciwgruźliczy zwraca się przeto z uprzejmą prośbą do Departamentu Służby Zdrowia o łaskawe poparcie poczynań Związku przez zalecenie podległym czynnikom Województwom, Starostwom, a zwłaszcza ich urzędom sanitarnym, zaopatrywania się w polskie tablice poglądowe z zakresu walki z gruźlicą.

Nadmieniamy, że Związek wysyła do wszystkich Województw po jednej tablicy okazowej.

Dyrektor Polskiego Związku Przeciwgruźliczego:
(—) *Dr. M. Grodecki.*
Sekretarz Dyrekcji P. Z. P. (—) *H. Stypułkowska,* M. p.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
Nr. Z. F. 2769/30.

Warszawa, dnia 4 sierpnia 1930 roku.

Okólnik Nr. 143.

Sporządzanie odpisów recept w aptekach Kas Chorych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Okólnik Nr. 47 z 1927 r., zalecający, aby w aptekach sporządzanie odpisów recept było powierzane wyłącznie farmaceutom, miał na celu, aby odpisy te były dokładne, aby była zachowana tajemnica chorego i aby recepty podlegały kontroli również przy ich przepisywaniu.

Wobec projektowanego przez Ogólno-państwowy Związek Kas Chorych wprowadzenia podwójnej kontroli odpisów recept, jaką będą wykonywać w aptekach kasowych, i wobec tego, że cały personel Kas Chorych w myśl przepisów art. 77 ustawy z dnia 19 marca 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272) jest obowiązany do zachowania tajemnicy chorego, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych nie widzi dostatecznych podstaw do wymagania, aby mechaniczną czynność przepisywania miały pełnić tylko osoby z fachowem wykształceniem, i dlatego zgodziło się, aby tytułem próby w aptekach Kas Chorych czynność tę mogły wykonywać siły techniczne.

Załączając odpis okólnika, jaki Ogólno-państwowy Związek Kas Chorych rozesłał do poszczególnych Kas, a jaki normuje sposób kontroli odpisów recept, które mogłyby być sporządzane przez personel techniczny, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o polecenie inspektorowi farmaceutycznemu, aby przy rewizjach aptek Kas Chorych zwracał uwagę, czy kontrola odpisów recept odbywa się w sposób, ustalony przez wymieniony Związek.

Dr. Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Odpis.

Ogólno-Państwowy Związek
Kas Chorych w Polsce.
L. 10146/30.

Warszawa, dnia 23. lipca 1930.

Okólnik Nr. 40/30.

Do Zarządów i p. p. Komisarzy Kas Chorych, posiadających własne apteki.

W celu zapewnienia w aptekach Kas Chorych dostatecznej kontroli przy sporządzaniu odpisów recept (t. zw. sygnatur), Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych wzywa Zarządy względnie p. p. Komisarzy wszystkich Kas chorych, posiadających własne apteki, do wydania zarządzeń, aby kierownicy aptek przestrzegali ściśle w aptekach kasowych następującego trybu postępowania.

1) Każda recepta przy przyjmowaniu winna być sprawdzoną przez przyjmującego farmaceutę, czy dopuszczalne dawki nie są przekroczone, jak również czy niema żadnych wątpliwości co do jasnego brzmienia przepisanych środków leczniczych.

2) Przed przystąpieniem do wykonania recepty należy sporządzić jej odpis, który wraz z oryginałem recepty należy oddać na łożę (stół recepturowy).

3) Farmaceuta, sporządzający receptę, winien sprawdzić zgodność odpisu recepty z oryginałem i postawić swe inicjały, tak na oryginale recepty, jak i na odpisie, a odpis przymocować do opakowania lekarstwa.

4) Farmaceuta, wydający receptę, winien sprawdzić, czy odpis recepty został doklejony do opakowania właściwego leku zgodnie z brzmieniem oryginału recepty i stwierdzić to swemi inicjałami na oryginale recepty .

5) W aptekach większych, w których przy sporządzaniu odpisów recept zatrudnionych jest na jednej zmianie więcej, aniżeli 3 siły niefachowe, kontrolę nad temi odpisami recept winien sprawować kontroler farmaceuta, który na równi z przyrządzającym lekarstwo ponosi odpowiedzialność za prawidłowe sporządzenie odpisu.

Powyższy tryb postępowania został zaaprobowany przez Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych pismem z dnia 10 lipca 1930 r. Nr. Z. F. 2523/30.

(—) *Brokowski,* w z. Komisarz rządowy.

Komunikat

Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w sprawie kursu wyszkolenia i stypendjów dla lekarzy, pragnących wstąpić do państwowej służby zdrowia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż organizuje w roku bieżącym w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie specjalny kurs wyszkolenia dla lekarzy, którzy pragnęliby poświęcić się publicznej służbie zdrowia.

Kurs trwać będzie 9 miesięcy, a mianowicie od dnia 1 października 1930 r. do dnia 30 czerwca 1931 r., w czem 6 miesięcy studjów teoretycznych oraz 3 miesiące praktyki administracyjno-sanitarnej.

Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą się ubiegać o przyznanie im przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych na czas trwania kursu stypendjum pod warunkiem, iż złożą zobowiązanie, że po ukończeniu kursu pozostaną na żądanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przynajmniej przez 2 lata w służbie przy państwowych władzach administracyjno-sanitarnych na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej, *a to pod rygorem zwrotu otrzymanego stypendjum.*

Stypendjum będzie wynosić 300 złotych miesięcznie.

W czasie pobytu na kursie w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie stypendyści, a w miarę możności i pozostali uczestnicy kursu, będą mogli korzystać z bursy, istniejącej przy tej Szkole, za opłatą kosztów utrzymania.

Podania o dopuszczenie na kurs, a ewentualnie i przyznanie stypendjum, należy wnosić do dnia 1 września r. b. do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie (ul. Nowowiejska 39) z załączeniem curriculum vitae oraz dowodów (oryginalnych bądź należycie uwierzytelnionych), stwierdzających:

a) wiek kandydata,

b) posiadanie obywatelstwa polskiego.

c) ukończenie studjów lekarskich i posiadanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, i

d) stosunek do służby wojskowej.

Ponadto należy w podaniu wskazać przynajmniej 2 bardziej znane osoby, które mogłyby udzielić opinji o kandydacie. Kandydaci, ubiegający się o stypendjum, powinni dołączyć zobowiązanie, o którem była mowa wyżej.

O przyznanie stypendjum mogą się ubiegać kandydaci poniżej lat 35.

Dr. Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Udekorowanie lekarza. Niedawno w sali konferencyjnej Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej Podsekretarz Stanu, P. gen. Hubicki wręczył dr. Tadeuszowi Kopciowi odznaki Krzyża Oficerskiego orderu Polonia Restituta za zasługi, położone na polu opieki nad niemowlętami.

Rada Opieki Społecznej. W dniu 25 lipca odbyło się w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej, pod przewodnictwem Dyrektora Departamentu Opieki Społecznej, p. Szubartowicza, dziewiąte z kolei posiedzenie Rady Opieki Społecznej. Przedmiotem obrad Rady był projekt instrukcji ramowej dla opiekunów społecznych, jako wzoru dla gmin. Projekt ten został, z nielicznemi poprawkami, przez Radę przyjęty. Ponadto przedstawiono Radzie sprawozdanie o stanie organizacji instytucji opiekunów społecznych i komisji opieki społecznej, powołanych do życia rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 6 marca 1928 r. Instytucje te zorganizowano już w całem państwie, z bardzo nielicznemi wyjątkami. Rada przyjęła do wiadomości sprawozdanie i zgłosiła szereg wniosków i dezyderatów co do usprawnienia organizacji opieki społecznej i koordynacji działalności opiekuńczej.

Oddział dla chorych na tyfus. Wobec otrzymanych przez Wydział Opieki Społecznej Magistratu st. m. Warszawy informacyj urzędowych, że spodziewany jest napływ chorych na tyfus brzuszny do szpitali miejskich, Wydział Opieki postanowił uruchomić w szpitalu Św. Stanisława, w nowowybudowanym pawilonie, czasowy oddział na 100 łóżek dla chorych tyfusowych na przeciąg 2 miesięcy i zaangażować odpowiedni personel lekarski, oraz szpitalny dla obsługi chorych.

Kontrola i dezynfekcja wody do picia. P. Minister Spraw Wewnętrznych wydał do wszystkich wojewodów okólnik w sprawie dezynfekcji i kontroli wody do picia. Powołując się na Okólnik o walce z durem brzusznym, nakazuje P. Minister bezwzględną, stałą i jak najczęstszą kontrolę bakterjologiczną wodociągów i studzien publicznych. O ile woda, zaopatrująca wodociąg, lub studnię, odpowiada w zupełności wymaganiom higjeny, to wystarczające jest okresowe badanie bakterjologiczne wody dla stwierdzenia, czy w budowie sieci wodociągowej, względnie studni nie zaszły jakiekolwiek usterki.

Ze szpitali warszawskich. Dyrektorem szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze został dr. Bolesław Jakimiak, długoletni ordynator I-go oddziału chirurgicznego w tymże szpitalu i znany pisarz z zakresu szpitalnictwa. Doc. dr. Zdzisław Michalski, ordynator oddziału obserwacyjnego w szpitalu św. Stanisława na Woli, redaktor „Medycyny Warszawskiej" został przeniesiony do szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze, na stanowisko ordynatora 2-go oddziału wewnętrznego. Komunikują nam, jakoby niebawem mają być obsadzone przez magistrat m. Warszawy stanowiska lekarzy naczelnych (dyrektorów): szpitala św. Stanisława na Woli, szpitala Dzieciątka Jezus i szpitala św. Ducha. Wymieniane są przytem nazwiska upatrzonych kandydatów. Chcielibyśmy z tego miejsca przestrzec władze samorządu społecznego przed powoływaniem na stanowiska kierownicze szpitali głównych stolicy kraju osób mało lub zgoła niekompetentnych. Są to bowiem zbyt ważne posterunki i jako warsztaty lecznicze i jako szkoła.

Kurs w Państwowej Szkole Higjeny. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) w porozumieniu z Państwową Szkołą Higjeny urządza w r. b. kurs analogiczny, do odbytego w r. 1929, 3-tygodniowy, dla lekarzy, którzy bądź są już kierownikami ośrodków zdrowia, bądź też zamierzają takie stanowisko objąć. Kurs ma na celu wprowadzenie lekarzy kierowników ośrodka zdrowia w zagadnienia, związane z kierownictwem takich instytucji. Wykładowcy mają za zadanie zapoznać słuchaczów z techniką pracy we wzorowym ośrodku zdrowia w poszczególnych działach, zwracając specjalną uwagę na stronę organizacyjną i wykonawstwo, a sprowadzając stronę teoretyczną zagadnienia do najniezbędniejszego minimum.

Komitet Medycyny Społecznej. Odbyło się niedawno pierwsze posiedzenie Komitetu do Spraw Medycyny Społecznej w Warszawie, pod przewodnictwem wiceprezydenta prof. dr. Błędowskiego, z udziałem przedstawicieli Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Kuratorjum Okręgu Szkolnego, Uniwersytetu Warszawskiego, Kasy Chorych i naczelników zainteresowanych wydziałów Migistratu. Po ukonstytuowaniu się Komitetu, na czele którego stanął prof. Błędowski (zastępca ławnik dr. Z. Bychowski), dr. Wroczyński zobrazował zadania Komitetu: 1) opracowywanie ogólnych zasad i ogólnego działania w zakresie medycyny społecznej na terenie m. st. Warszawy, 2) ustanowienie zasad koordynacji działalności ośrodków zdrowia z działalnością innych instytucyj, 3) opinjowanie na żądanie magistratu o wszystkich sprawach, dotyczących medycyny społecznej i t. d. W konkluzji dr. Wroczyński zgłosił wniosek utworzenia sekcyj: szczepień ochronnych, propagandy oraz opieki nad matką i dzieckiem. Ta ostatnia sekcja zajmie się koordynacją poczynań w tej dziedzinie różnych instytucyj, gdyż obecnie istnieje 7 miejskich poradni dla matek i dzieci i 20 poradni społecznych. Poradnie te opiekują się 7.000 dzieci, z których połowa jest na pieczy magistratu. W końcu uchwalono zaprosić do składu Komitetu przedstawicieli wojskowości (Dowództwa Okręgu Korpusu).

Przedstawiciel Fundacji Rockefellera w Warszawie. Bawił ostatnio w Warszawie p. Appleget, wiceprezydent fundacji Rockefellera. P. Appleget przybył do Polski w towarzystwie przedstawiciela fundacji na Europę Środkową dr. Leacha i wespół z nim zwiedzał instytucje higjeny zapobiegawczej (Państwową Szkołę Higjeny, Państwowy Zakład Higjeny, Szkołę Pielęgniarstwa, Ośrodki Zdrowia etc.). Towarzyszył mu przedstawiciel Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych dr. Tubiasz. Przybyłych przyjął P. Minister Spraw Wewnętrznych. Goście zwiedzili również wiejskie Ośrodki Zdrowia w powiecie warszawskim.

Co musi zawierać apteczka w autobusach. Departament Służby Zdrowia ustalił wzór apteczki ratowniczej, jaka znajdować się musi w każdym autobusie międzymiastowym. Apteczka taka zawierać musi: płyn Burowa, jodynę, wazelinę borną, kolodjum, amonjak, krople walerjanowe, olej lniany, glicerynę, krople miętowe, węża gumowego (dla zapobiegania bardzo silnym krwotokom), 2 pary szyn (przy złamaniach, dla unieruchomienia kończyn), 1/8 metra gazy sterylizowanej, 12 bandaży, 2 temblaki, 2 paczki waty, 50 gr ligniny, agrafki, mydło oraz ręcznik.

Z kraju.

Przedstawiciele 20 państw na 2 Kongresach w Polsce. W Warszawie rozpoczyna się 7 października Międzynarodowy Kongres walki z handlem kobietami i dziećmi. Kongres potrwa do 11 października, a 12-go rozpocznie się trzydniowy kongres międzynarodowej federacji abolicjonistów, który będzie jakby dalszym ciągiem poprzedniego kongresu. W związku z tem bawili w Warszawie przez dwa dni sekretarz generalny międzynarodowego biura walki z handlem kobietami i dziećmi w Londynie — M. Fr. Sempkins oraz sekretarz generalny międzynarodowej federacji abolicjonistów. Program międzynarodowego kongresu walki z handlem kobietami i dziećmi, który odbędzie się w Warszawie, obejmuje następujące punkty: 1. Walka z sutenerami. 2. Repatrjacja prostytutek do ich ojczystych krajów. 3. Angażowanie kobiet i dziewcząt zagranicą: a) posady aktorek, b) czy należy ustanowić wiek minimalny dla kobiet zatrudnionych zagranicą w lokalach z wyszynkiem alkoholu, c) paszporty zagraniczne dla kobiet. 4. Ochrona kobiet i dziewcząt podróżujących zagranicą. Ustalenie ochrony kobiet, podróżujących samotnie na statkach emigracyjnych i innych, które dotychczas przedsięwzięto i powzięcie uchwał co do dalszych zarządzeń w tym względzie. Międzynarodowy Kongres abolicjonistów zajmować się będzie zagadnieniem walki z reglamentacją prostytucji. Ścisły porządek dzienny nie został jeszcze ustalony. Na obie konferencje zapowiedzieli przybycie przedstawiciele 20 państw europejskich.

Epidemja tyfusu w Toruniu. Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie otrzymał od władz sanitarnych z Torunia pilne zapotrzebowanie większej ilości szczepionki przeciwtyfusowej, preparowanej metodą prof. Besredki. Należy wyjaśnić, że w ostatnim czasie dostarczono do szpitali toruńskich znaczną ilość chorych, podejrzanych o zakażenie tyfusem brzusznym. Wypadków takich było przeszło 40. Chorzy zostali poddani ścisłym badaniom, a nadto władze sanitarne rozpoczęły energiczne poszukiwania w kierunku ustalenia źródła i siedliska tak licznej jednoczesnej infekcji. Jak donoszą z Torunia, specjalne komisje sanitarne dokonywują oględzin zagrożonych części miasta, a w szczególności zarządzono badanie bakterjologiczne wodociągów miejskich. Władze czynią wszystko, aby ludność uspokoić. Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie wysłał do Torunia 1.000 dawek szczepionki przeciwtyfusowej.

Ofiary pracy. Jak wskazują sprawozdania inspekcji pracy i Departamentu Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, praca w Polsce w roku 1925 pochłonęła ofiar w ludziach — 806 z wynikiem śmiertelnym, 10,357 — z utratą zdolności do pracy; renty, wdowie, sieroce, i inwalidzkie, wraz z kosztami administracji i t. p., wyniosły 16,384.234 zł.; w 1926 roku — 913 z wynikiem śmiertelnym, 11.384 z utratą zdolności do pracy, renty wdowie, sieroce i inwalidzkie, wraz z wydatkami administracyjnemi i t. p., — wyniosły 21.561.813 zł.; w 1927 r. — 926 z wynikiem śmiertelnym, 11,864 z utratą zdolności do pracy renty wdowie, sieroce i inwalidzkie wraz z innemi wydatkami, związanemi z wypadkami, wyniosły 29,711.969 zł.; w 1928 r. — 1062 z wynikiem śmiertelnym, 18.142 z utratą zdolności zarobkowej. Statystyka wydatków z roku 1928 Zakładów Ubezpieczeń dla całej Polski jeszcze nie została podsumowana. Także rolnictwo stwarza coraz bardziej grożące niebezpieczeństwo warunków pracy. Praca w rolnictwie pochłania rok rocznie tysiące ofiar w ludziach, mianowicie rok 1928 dał 2.371 wypadków, w tem 140 wypadków śmiertelnych.

Zarobki Pracowników Umysłowych w Polsce. Według danych Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie, na ogólną liczbę 104.361 osób, ubezpieczonych w tym Zakładzie w dniu 31 grudnia 1929 r., poniżej 150 zł miesięcznie zarabiało 14,2% pracowników umysłowych, od 150 zł. do 260 zł. — 35,8%. Wynika z tego, że 50% pracowników umysłowych ubezpieczonych zarabiało poniżej 260 zł. miesięcznie. Dalsze zestawienie wykazuje, że od 560—720 zł. miesięcznie zarabiało 5,4% pracowników umysłowych, powyżej zaś 720 zł. — 7,1%.

Konkurs Koło Lekarzy Towarzystwa „Pomoc Lekarska" przy ul. Grzybowskiej Nr. 11, egzystującego, od roku 1906 i mającego na celu niesienie pomocy lekarskiej ubogim bez różnicy wyznania, ogłasza konkurs za najlepszą pracę z biologji lub patologji żydów. Nagroda wynosi 1.000 złotych. Warunki konkursu: 1. O nagrodę mogą się ubiegać wszyscy lekarze Państwa Polskiego. 2. Praca, o rozmiarze dowolnym, winna być napisana maszynowo na jednej stronie arkusza kancelaryjnego z marginesami, podpisana obranem godłem. Wraz z pracą należy nadesłać zamkniętą kopertę, opatrzoną tem samem godłem a wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i dokładny adres autora. Prace należy przysłać w 3-ch egzemplarzach. 3. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 30 czerwca 1930 r. 4. Gdyby żadna z prac nie została zakwalifikowana, nagroda 1.000 zł. zostanie podzielona na dwie mniejsze po 500 złotych za prace najwięcej wyróżnione. 5. W razie zakwalifikowania do nagrody kilku prac jednakowej wartości, pierwszeństwo przyznane będzie pracy lekarza pracującego w Tow. „Pomoc Lekarska". 6. Wynik konkursu ogłoszony będzie dnia 1 października 1930 r. b. 7. Koło Lekarzy przy Tow. „P. L." zastrzega sobie prawo ogłoszenia nagrodzonych prac w swym ewentualnym pamiętniku.

Nałęczów, zakład leczniczy — zdrojowisko, otwarty cały rok, rozpoczyna z dniem 1 września b. r. tani sezon zimowy trwający do 1 marca 1931. Całodzienne utrzymanie wraz z mieszkaniem, opałem, światłem, poradą lekarską i środkami leczniczemi kosztuje w tym sezonie 350 zł. za przeciąg 21 dni pobytu.

Ze świata.

Szpital im. M. Curie-Skłodowskiej w Londynie. W lipcu odbyło się bardzo uroczyste otwarcie szpitala dla leczenia raka, im. Marji Curie-Skłodowskiej, dokonane przez b. premjera Baldwina w obecności Ambasadora Francji i Polski. Po mowach Baldwina i ambasadora Fleuriot, zabrał głos, imieniem Polski, Ambasador Skirmunt, podkreślając zasługi Curie-Skłodowskiej, jej przywiązanie do Polski i stałą gotowość służenia Ojczyźnie, którą reprezentuje w Komisji Współpracy Intelektualnej Ligi Narodów. Znaczenie dzieła znakomitej uczonej wykracza daleko poza granice Polski i Francji. Twórczość jej jest własnością całego świata.

Polska na międzynarodowym zjeździe czerwonych krzyży. W dniu 6 października b. r. odbędzie się w Brukseli XIV międzynarodowa Konferencja delegatów narodowych organizacyj Czerwonych Krzyży. W Konferencji wezmą udział delegacje 44 państw. Tematem obrad będzie szereg doniesłych spraw dotyczących akcji Czerwonego Krzyża na terenie poszczególnych państw. Ostatnio ustalony został skład delegacji Polskiego Czerwonego Krzyża na Zjazd w Brukseli. P. C. K. reprezentować będą na Konferencji: prezes Komitetu Głównego Henryk hr. Potocki, wiceprezes — inż. Włodzimierz Kryński, Naczelny Dyrektor — dr. Bogdan Zakliński, oraz sekretarz generalny — p. Paszkowska. Delegacja polska zgłosiła już na Zjazd trzy referaty na temat: wyszkolenia drużyn ratowniczych, wyszkolenia i organizacji sióstr pogotowia sanitarnego, oraz organizacji kół młodzieży P. C. K.

Instytucja Tomarkin Foundation Inc. New York, Oddział europejski w Lokarno (Szwajcarja) urządza w Lokarno I Kurs uzupełniający dla lekarzy w czasie od 29 września do 14 października r. 1930. Wykłady z rozmaitych dziedzin medycyny wygłoszą na tym kursie: Dr. H. Alexander, dyrektor Sanatorjum Agra, prof. Dr. L. Asher z Berna, prof. Dr. E. Bertarelli z Pawji, prof. Dr. A. Besredka z Paryża, prof. Dr. R. Bieling z Frankfurtu n. M., prof. Dr. E. Bürgi z Berlina, Dr. G. Elkeles z Berlina, prof. Dr. B. Galli-Valerio z Lozanny, prof. Dr. W. Storm van Leeuwen z Leodjum, prof. Dr. C. Levaditi z Paryża, prof. Dr. W. Neumann z Wiednia, prof. Dr. F. Sauerbruch z Berlina, prof. Dr. F. Silberstein z Wiednia, prof. Dr. G. Sobernheim z Berna, prof. Dr. R. von den Velden z Berlina, prof. Dr. W. Weichardt z Erlangen. W czasie Kursu przedsięwzięte będą wycieczki w bliskie okolice Lokarna. Taksa wpisowa wynosi 40 fr. szw. Bliższych wyjaśnień żądać pod adresem: Fondazione Tomarkin, Locarno, Suisse.

„Kinderärztliche Praxis". Pod tym tytułem zaczęło wychodzić w Lipsku czasopismo, poświęcone chorobom dziecięcym, nakładem firmy Georg Thieme, Antonstrasse 15—19. Cena prenumeraty za kwartał wynosi 7 M. n.

Pożar w pracowni radjologicznej szpitala uniwersyteckiego w San Francisko. Według szczegółowego sprawozdania, które pojawiło się w styczniowym zeszycie American Journal of Roentgenology, pożar powstał dnia 19. XI. 1929 od zapalenia się błony na negatoskopie, na skutek silnego ogrzania się szyby. Płomienie objęły w jednej chwili całe pomieszczenie, w którem znajdowały się znaczne zbiory błon negatywnych (około 250 kg). Okna zostały wysadzone, zaś płomienie wybuchały do wysokości dwu pięter ponad poziomem pracowni. Ponad drzwiami łączącemi pracownię ze szpitalem znajdowało się okno, które zostało wysadzone i w ten sposób pożar przeszedł na otaczające korytarze. Umiejscowił się jednakże w bliskiem otoczeniu pracowni i nie rozszerzył się na cały szpital. Gazy trujące wchodziły głównie przez okna na zewnątrz, tak że w szpitalu nie doszło do zatruć, wbrew doniesieniom prasy codziennej, która przyniosła wiadomość o 19 ofiarach.

Redakcja otrzymała.

Bureau international du travail „Bibliographie d'hygiène industrielle", vol. IV. nr. 2. juin 1930.

Kinderärztliche Praxis. Jahrg. I. H. 1. Verlag Georg Thieme, Leipzig.

Mikulowski Wł. „Un cas des maladie de Gee dite maladie coeliaque". Odb. z Archives de médecine des enfants, tome XXXIII, nr. 7., juillet. 1930.

Mikulowski Wł. „L'infantilisme rénal". Odb. z Revue française de pédiatrie. Tome VI., nr. 2, 1930.

Mikulowski Wł. „Closed" tuberculosis in children". Odb. z The american review of tuberculosis, vol. XXI, nr. 5, may 1930.

Mikulowski Wł. „Ueber Keuchhustenpleuritis". Odb. z Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. CXXVIII, 1930.

Mikulowski Wł. „Ueber encephalitische Erkrankungen bei Keuchhusten.". Odb. z Acte paediatrica. Vol. IX, fass. 3—4.